“赤脚医生”培训教材

（供北方地区培训参考使用）

吉林医科大学革命委员会　编

人民卫生出版社

VISIT…

LANZAROTE Caliente.com

“赤脚医生”培訓教材

（供北方地区培训参考使用）

吉林医科大学革命委员会　编

人民卫生出版社

一九七一年·北京

“赤脚医生”培训教材
（供北方地区培训参考使用）
开本：787×1092/32　印张：21　　字数：443千字

吉林医科大学革命委员会　编

人　民　卫　生　出　版　社　出　版
（北京书刊出版业营业许可证出字第〇四六号）
·北京崇文区缨子胡同15号·

北　京　市　印　刷　一　厂　印　刷

新华书店北京发行所发行·各地新华书店经售

统一书号：14048·3259　1971年4月第1版—第1次印刷
定　价：1,10　元　　印数：1—340,000

毛主席语录

领导我们事业的核心力量是中国共产党。

指导我们思想的理论基础是马克思列宁主义。

备战、备荒、为人民。

为什么人的问题，是一个根本的问题，原则的问题。

让哲学从哲学家的课堂上和书本里解放出来，变为群众手里的尖锐武器。

我们要求把辩证法逐步推广，要求大家逐步地学会使用辩证法这个科学方法。

人类总得不断地总结经验，有所发现，有所发明，有所创造，有所前进。

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。

我们必须告诉群众，自己起来同自己的文盲、迷信和不卫生的习惯作斗争。

白求恩同志毫不利己专门利人的精神，表现在他对工作的极端的负责任，对同志对人民的极端的热忱。每个共产党员都要学习他。

教育必须为无产阶级政治服务，必须同生产劳动相结合。

出版者的话

当前，祖国医疗卫生战綫上呈現了一派欣欣向荣的革命景象。在党的九届二中全会公报发出的"全党要认眞学习毛主席的哲学著作"的号召下，一个波瀾壮闊的活学活用毛主席哲学思想的群众运动正在蓬勃兴起。

毛主席的哲学辯証唯物論是无产阶級的世界观和方法論，是无产阶級认識世界和改造世界的强大思想武器，也是无产阶級改造和推动医学向前发展的强大思想武器。医学出版物就是要为无产阶級政治服务；就是要大力宣传毛主席的光輝哲学思想；就是要不断揭露、批判形而上学和唯心論的錯誤思想，肃清它們在医学領域中的流毒；就是要热情歌頌医疗卫生战綫上广大工农兵和革命医务人員全心全意为人民服务的动人事迹和敢于攀登医学科学高峯的革命精神。

吉林医科大学的革命医务人員，遵照毛主席"**把医疗卫生工作的重点放到农村去**"的教导，通过农村三大革命运动的实践，积累了培訓"赤脚医生"的經驗，在医学教育革命方面作出了成績。在这本《教材》的一些章节中，他們介紹了自己运用毛主席哲学思想指导医疗、教学实践的体会。我們希望这本《教材》将会对各地培訓"赤脚医生"的工作有所帮助。

在医学出版物中宣传毛主席的光輝哲学思想，开展辯証

唯物論对唯心論和形而上学的批判斗爭，坚决执行和捍卫毛主席无产阶級革命路綫，是一項光荣而艰巨的任务。我們熱誠希望各地的革命同志們帮助我們共同搞好这項工作。

人民卫生出版社

一九七〇年十二月

前　言

在无产阶級文化大革命取得伟大胜利的大好形势下，在党的第九次全国代表大会精神鼓舞下，为了坚决貫彻、执行毛主席“备战、备荒、为人民”的伟大战略方針和“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的光輝指示，适应我国北方地区培訓“赤脚医生”的需要，編写了这本“赤脚医生”培訓教材。

战无不胜的毛泽东思想是我們編写这本教材的指导思想。在編写中，我們以革命大批判开路，坚决批判叛徒、內奸、工賊刘少奇的反革命修正主义路綫，热情頌揚伟大領袖毛主席的无产阶級革命路綫；努力用毛主席的光輝哲学思想指导教学医疗实践，批判形而上学和唯心論观点；积极貫彻少而精、理論联系实际、中西医結合的精神，把重点放在农村常見病、多发病的防治上，并着重介紹了战伤救护和三防知識、新医疗法、中草药等內容。

“赤脚医生”的需要是我們編写这本教材的出发点。为了使本书較好地适应我国北方各地“赤脚医生”的实际需要，編写前我們和人民卫生出版社的同志一起，曾到河北、山西、青海、甘肃、辽宁、吉林等省进行农村实地調查，比較广泛地征求了各地“赤脚医生”的意見。

三大革命运动的实践是我們編写这本教材的源泉。我校自1968年11月起，先后在农村举办了七个为期四个月的农医普及班，培訓了“赤脚医生”近三百名，通过一年的农村教学医疗实践，曾編写了《农医普及班教材》，本书就是在《农医普及班教材》的基础上写成的。

整个編写过程是在駐校工人、解放軍毛泽东思想宣传队

的領导下进行的。在举办学习班、統一思想认識的基础上，組成了包括"赤脚医生"、在校学生和原农医普及班教师的三結合編写組，全部初稿又在我校三年制試办班的"赤脚医生"学員中征求意見，修改后定稿。

由于我們活学活用毛泽东思想不够，农村医疗卫生工作經驗有限，加上时間仓促，书中缺点、錯誤一定不少，我們殷切希望广大"赤脚医生"、工农兵讀者和革命同志提出批評意見，以便再版时改正。

吉林医科大学革命委員会

1970年12月

目　录

永远忠于毛主席　做貧下中农欢迎的"赤脚医生"…………1
坚持社会主义方向　办好农村合作医疗…………4
建立农村医疗卫生网　备战、备荒、为人民…………7
第一章　怎样认识人体…………10
第一节　人体的基本结构和生命活动…………10
第二节　人体各系統及检查法…………11
运动系統（11）　循环系統（18）　循环系統检查法（25）　呼吸系統（27）　呼吸系統检查法（28）　消化系統（30）　消化系統检查法（34）　泌尿系統（35）　泌尿系統检查法（37）神經系統（37）　神經系統检查法（41）　内分泌系統（41）　生殖系統（42）
第三节　脏腑和经络…………45
脏腑（45）　經络（47）
第二章　疾病的发生和变化…………63
第一节　疾病的发生…………63
人体防御机能（64）　致病因素（64）
第二节　疾病的变化…………67
第三节　祖国医学关于疾病的一些概念…………72
第三章　疾病的预防…………74
第一节　水粪管理…………76
水源保护（76）　飲水卫生（77）　粪便管理（78）
第二节　除害…………78
灭蝇（79）　灭蚊（79）　灭虱（80）　灭鼠（80）　灭臭虫（81）　灭跳蚤（81）
〔附〕常用除害药物的配制及使用法（82）
第三节　讲究卫生，增强体质，减少疾病…………84

第 四 章　疾病的诊断和治疗……………………………………………86
第一节　疾病的诊断…………………………………………………87
診察疾病的基本方法（88）
第二节　疾病的治疗原则……………………………………………92
第三节　辨证论治……………………………………………………94
第 五 章　新医疗法………………………………………………………99
第一节　新针疗法……………………………………………………99
常用穴位（104）　常見病症的針刺取穴（116）　[附] 手針疗法（118）
第二节　耳针疗法 …………………………………………………119
第三节　经穴注射疗法 ……………………………………………121
小剂量穴位注射（121）　俞穴、督脉深部注射（123）　水針疗法（124）　[附] 背部皮内針（125）
第四节　穴位结扎疗法及埋线疗法 ………………………………126
[附] 割治疗法（127）
第五节　淋巴结疗法 ………………………………………………128
第六节　卤硷疗法 …………………………………………………130
第 六 章　战地救护和三防知识 ……………………………………132
第一节　战地救护 …………………………………………………132
战地救护四項技术（134）
一、止血（134）　二、伤口包扎（138）　三、骨折固定（148）
四、伤員搬运（152）
第二节　三防知识 …………………………………………………157
核武器及其防护（157）　化学武器及其防护（161）　粉碎敌人的細菌战争（164）
[附] 鼠疫和霍乱（167）
第 七 章　损伤 ………………………………………………………169
閉合性損伤（169）　开放性損伤（170）　骨折（171）　脱位（173）　烧伤（174）　冻伤（177）　顱脑損伤（178）　破伤风（179）　气性坏疽（180）
第 八 章　常见传染病和寄生虫病 …………………………………181
第一节　传染病预防 ………………………………………………182

第二节　常见传染病 ……………………………………………………186
流行性感冒（186）　传染性肝炎（187）　痢疾（188）　肠伤寒（191）　流行性脑脊髓膜炎（193）　流行性乙型脑炎（195）　結核病（196）
第三节　常见寄生虫病 ……………………………………………………200
蛔虫病（200）　蛲虫病（201）　絛虫病（202）　钩虫病（203）　瘧疾（205）

第九章　常见内外科疾病 ……………………………………………………208
感冒（208）　急性支气管炎（209）　哮喘病（209）　肺炎（214）
风湿病和风湿性心脏病（216）　高血压病（219）　心力衰竭（221）
急性胃腸炎（224）　慢性胃病（225）　慢性肝病（228）
腎炎（231）　尿路感染（234）
神經官能症（235）　脑卒中（238）　癫痫（239）　三叉神經痛（241）　面神經麻痹（242）
急腹症（242）
一、急性弥漫性腹膜炎（242）　二、急性闌尾炎（244）　三、胆道蛔虫病（244）　四、胃十二指腸潰瘍穿孔（245）　五、急性腸梗阻（246）
外科感染（248）
一、疖与痈（248）　二、蜂窩织炎（250）　三、丹毒（250）　四、手部感染（250）　五、急性乳腺炎（252）　六、败血病（253）
慢性腰腿痛（254）
肛門部疾病（257）
一、痔（257）　二、肛門部炎症疾病（258）
下肢靜脈曲張（260）　腹外疝（260）　肿瘤（262）　〔附〕良性小肿瘤切除术（265）

第十章　地方病 ……………………………………………………………266
克山病（266）　大骨节病（269）　地方性甲状腺肿（270）　波状热（271）　包虫病（273）

第十一章　急症处理 ……………………………………………………274
高热（274）　呼吸困难（276）　休克（278）　晕厥（280）
昏迷（280）　咯血与呕血（281）　急性尿潴留（283）　食物中毒（284）　有机磷农药中毒（285）　一氧化碳中毒（287）电击伤（288）　溺水（288）　毒蛇咬伤（289）　疯狗咬伤（290）
中暑（291）
第十二章　常见小儿疾病 ……………………………………………………293
小儿惊厥（293）　小儿腹泻（295）　佝偻病（297）　麻疹（299）　[附] 风疹、幼儿急疹及猩紅热（301）　百日咳（301）
流行性腮腺炎（302）　白喉（303）　脊髓灰质炎（304）　[附] 小儿喂养（307）　[附] 小儿用药剂量計算法（308）
第十三章　常见妇女病和产科处理 ………………………………………309
第一节　月经和经期卫生 ……………………………………………309
第二节　常见妇女病 …………………………………………………310
月經病（310）
一、月經不調（311）　二、崩漏（313）　三、痛經（314）
四、閉經（315）
白带过多（316）　子宫脱垂（318）　盆腔炎（320）
第三节　产科处理 ……………………………………………………321
如何診断妊娠（321）　孕期检查（322）　分娩开始的征象和分娩过程的分期（327）　新法接生（328）　接生时异常情况的处理（333）　产后随访（344）
妊娠期出血（345）
一、流产（345）　二、前置胎盘（348）
晚期妊娠中毒症（349）　产褥感染（351）
第十四章　计划生育 …………………………………………………352
适当推迟結婚年龄（353）　避孕（353）　人工流产（355）
絕育（355）
第十五章　常见五官疾病 ……………………………………………356
第一节　常见眼病 ……………………………………………………356
解剖知識（356）
麦粒肿（357）　瞼緣炎（358）　急性結膜炎（358）　沙眼

（359） 翼状胬肉（362） 角膜溃疡（362） 急性充血性青光眼（363） 眼外伤处理（364）
第二节 常见耳鼻咽喉病 ……364
解剖知識（364）
鼻出血（366） 鼻窦炎（367） 急性扁桃体炎（367） 小儿急性喉炎（369） 耵聍栓塞（369） 化脓性中耳炎（370） 聋哑症（370）
第三节 常见牙病 ……372
解剖知識（372）
牙痛（373） [附] 拔牙术（374） 口腔炎（377）
第十六章 常见皮肤病 ……379
皮肤病的各种损害（379）
皮炎（380）
一、稻田皮炎（380） 二、接触性皮炎（381） 三、药物性皮炎（382）
湿疹（383） 蕁麻疹（384） 神經性皮炎（385） 鸡眼的治疗（386） 脓疱病（386） 头癣（387） 麻风（387）
[附] 皮肤病常用外用药处方（389）
第十七章 药物知识 ……392
第一节 常用中草药 ……392
采药（392） 中草药目录（403） 用药（508）
一、解表药（509）
二、清热药（511）
三、祛寒药（513）
四、祛暑药（514）
五、祛风湿药（514）
六、化痰止咳药（515）
七、利尿渗湿药（517）
八、逐水药（519）
九、镇静药（519）
十、解痉息风药（520）
十一、补养药（520）
十二、理气药（522）
十三、理血药（523）
十四、助消化药（526）
十五、催吐药（526）
十六、驱虫药（526）
十七、固涩药（527）
十八、止痛药（528）
十九、攻下药（528）
二十、软坚药（529）
二十一、外用药（529）
种药（530）

制药（533）
一、中草药炮制的基本方法（533） 二、常用中草药的剂型与制剂举例（534） 三、常用西药制剂（538） 四、土法配制蒸馏水和注射剂（542） [附] 常用中成药（546）
第二节 常用西药 ……551
急救药（551） 抗感染药（555） 抗寄生虫病药（563） 治喉咙病药（568） 治胃病药（571） 泻药与止泻药（575） 止血药与补血药（576） 治心脏病药（579） 治高血压病药（583） 抗过敏药（584） 镇静催眠药（586） 抗癫痫药（589） 止痛药（590） 维生素（594） 局部麻醉药（597） 外用药（598） 妇产科常用药（599）
第十八章 治疗基本技术操作 ……603
消毒法（603） 注射法（604） 青霉素、破伤风抗毒素过敏试验（606） 输血（607） 洗胃（612） 灌肠（613） 导尿（613） 局部麻醉（613） 切开和缝合（614） 脓肿切开（618） 换药（618） 人工呼吸与胸外心脏按摩（619） 灸法（621） 拔罐（621） 按摩疗法（622）
第十九章 防治工作十例 ……628
一、"预防为主"讲用稿 ……628
二、诊疗病例讨论 ……630
三、诊疗病例讨论 ……632
四、临床讲课提纲——全身性水肿 ……635
五、"赤脚医生"诊疗实践小结 ……638
六、诊疗病例分析 ……640
七、诊疗经验讲用 ……643
八、诊疗病例讨论 ……645
九、一次诊疗经验交流会 ……647
十、向阳大队产前检查经验总结 ……649
附录 一、常用化验正常值及临床意义 ……651
二、24种常用静脉滴注药物配伍禁忌表 ……653

永远忠于毛主席
做贫下中农欢迎的“赤脚医生”

在伟大領袖毛主席的英明領导下，在党的第九次全国代表大会精神鼓舞下，全国各族人民响应伟大領袖毛主席“**团结起来，争取更大的胜利**”的伟大号召，坚决貫彻执行“九大”提出的各项战斗任务，在各条战綫上都取得了新的更伟大的胜利。經过无产阶級文化大革命战斗洗礼的社会主义祖国到处呈現出一派朝气蓬勃、欣欣向荣的景象，我国的无产阶級专政更加巩固，一个伟大的社会主义革命和社会主义建設的新高潮已經兴起。毛主席“**把医疗卫生工作的重点放到农村去**”的伟大指示，象光輝灿烂的灯塔，照耀着我們医疗卫生战綫的斗、批、改群众运动日益深入发展。工人阶級和貧下中农掌握了医疗卫生大权；农村合作医疗制度蓬勃发展，不断巩固；“赤脚医生”队伍迅速壮大；广大革命医务人員走与工农兵相結合的道路，用毛泽东思想武装头脑，創造了一个又一个奇跡。医疗卫生战綫上取得的丰碩成果，充分显示了毛主席无产阶級革命卫生路綫的无比英明和巨大威力！

“赤脚医生”就是沐浴着毛泽东思想的灿烂阳光，在阶級斗争的暴风雨中破土而出，茁壮成长起来的卫生战綫上的一株新苗。我們伟大領袖毛主席十分关怀“赤脚医生”，是他老人家在一九六八年九月十四日亲自批准发表了《从“赤脚医生”的成长看医学教育革命的方向》调查报告，是他老人家在建国二十周年的大喜日子里，揮巨手检閱了手捧宝书、身背药箱、打着赤脚、闊步前进的“赤脚医生”队伍，这是“赤脚

医生"的最大幸福、最大光荣！

我們都是来自农村第一綫的貧下中农子女。我們即将手捧宝书，身背药箱，光荣地参加到"赤脚医生"的行列。我們一定要当受貧下中农欢迎的"赤脚医生"，誓做忠于毛主席的无产阶級革命卫生路綫的紅色尖兵！

永远忠于毛主席，做貧下中农欢迎的"赤脚医生"，为捍卫毛主席的无产阶級革命卫生路綫而战斗！这就是我們的誓言，也是我們的根本任务。

永远忠于毛主席，做貧下中农欢迎的"赤脚医生"！我們要高举毛泽东思想伟大紅旗，努力学习、热情宣传、勇敢捍卫毛主席的无产阶級革命卫生路綫，狠批刘少奇推行的反革命修正主义卫生路綫；坚持面向工农兵、为大多数人服务的根本方向，以白求恩同志为榜样，"**毫不利己专门利人**"，全心全意为貧下中农服务。貧下中农需要啥，我們就学啥；貧下中农要我們干啥，我們就干啥。一心一意干革命，"**完全**"、"**彻底**"为人民。

永远忠于毛主席，做貧下中农欢迎的"赤脚医生"！我們要念念不忘突出无产阶級政治，彻底肃清叛徒刘少奇鼓吹的"技术至上"的流毒。用无产阶級的政治統帅业务，在"**完全**"、"**彻底**"的革命精神統帅下做到技术上的"**精益求精**"。树立为革命而学，为掌牢农村医疗卫生大权而学的决心。为革命钻研技术，尝草药、练針灸，"**一不怕苦，二不怕死**"，宁願在自己身上练习千遍，决不在貧下中农身上錯扎一針。要继承和发揚祖国医学优秀遺产，树雄心，立壮志，敢于走前人沒有走过的道路，敢于攀登前人沒有攀登过的高峰。在医疗实践中不断"**有所发现，有所发明，有所创造，有所前进**"。

永远忠于毛主席，做貧下中农欢迎的"赤脚医生"！我們

要牢記毛主席“**提高警惕，保卫祖国**”的伟大教导，努力巩固、发展农村合作医疗制度，积极开展“紅医网”活动，大搞群众性防病治病运动，为徹底改变农村缺医少药的状态，为实現伟大領袖毛主席“**备战、备荒、为人民**”的伟大战略方針，打一場人民战爭。随时准备粉碎任何帝国主义、社会帝国主义对我国的侵略，为建設祖国、保卫祖国而献身。

永远忠于毛主席，做貧下中农欢迎的“赤脚医生”！我們要永远扎根在农村，永远和貧下中农心連心。毛主席教导我們：“**农村是一个广阔的天地，在那里是可以大有作为的。**”“**看一个青年是不是革命的，拿什么做标准呢？拿什么去辨别他呢？只有一个标准，这就是看他愿意不愿意、并且实行不实行和广大的工农群众结合在一块。**”我們要用毛主席的关于在无产阶級专政下继續革命的伟大理論武裝头脑，坚持参加集体生产劳动，虛心接受貧下中农的再教育，不断斗私批修，破私立公，拒腐蝕，永不沾。永远保持艰苦朴素的作风，保持劳动人民的本色，永远做貧下中农的小学生，勤勤悬悬为貧下中农揹一辈子小药箱，做无产阶級革命事业接班人！

“**卑贱者最聪明！高贵者最愚蠢**”。“赤脚医生”虽然是“小人物”，但心紅志壮。“**我们能够学会我们原来不懂的东西。我们不但善于破坏一个旧世界，我们还将善于建设一个新世界。**”一輪紅日照胸怀，无穷力量滚滚来。有战无不胜的毛泽东思想武装，我們“赤脚医生”什么人間奇跡都可以創造出来！

坚持社会主义方向
办好农村合作医疗

一九六八年十二月《人民日报》发表了湖北省长阳县乐园公社实行合作医疗的报导，并写了重要的編者按，热情贊揚了这項深受貧下中农欢迎的医疗制度。这是以毛主席为首、林副主席为副的无产阶級司令部对我們貧下中农的最大关怀，最大爱护。

农村合作医疗，是毛主席无产阶級革命卫生路綫战胜刘少奇反革命修正主义卫生路綫的产物，是无产阶級文化大革命的又一丰碩成果。它一出現就显示了强大的生命力。它保証了毛主席“**把医疗卫生工作的重点放到农村去**”这一光輝指示的貫徹落实；它坚持社会主义的革命大方向，体現了人民公社的巨大优越性；它发揚了广大貧下中农的阶級友爱精神。貧下中农說得好：“过去是一人有病一家急，現在是一人有病大家帮。我們从心眼里感謝伟大領袖毛主席！”合作医疗制度从它誕生那一天起，就深受广大貧下中农的热烈欢迎。当前，它在广大貧下中农的支持和爱护下，象烂漫的山花，开遍了全国，映紅了农村。

我們无限忠于毛主席的“赤脚医生”，就是要为貧下中农掌好农村医疗卫生大权，为捍卫毛主席的无产阶級革命卫生路綫而奋斗。因此，坚持社会主义方向，巩固和发展农村合作医疗制度，是我們工作中的一件大事。

合作医疗是在两个阶級、两条道路、两条路綫的激烈斗爭中产生的，是靠战无不胜的毛泽东思想茁壮成长的。我們办好合作医疗制度的关鍵，靠的就是活学活用毛泽东思想，

狠抓阶級斗爭，把毛主席关于“**把医疗卫生工作的重点放到农村去**”的偉大指示作为我們的根本方向，全心全意地为貧下中农服务。在发展和巩固合作医疗制度的过程中，經常地进行忆、批、頌的忆苦思甜活动，回忆旧社会无权、无医、无药的苦，深入批判刘少奇及其代理人推行的反革命修正主义卫生路綫、造成农村缺医少药的罪行，热情頌揚毛主席的无产阶級革命卫生路綫以及农村实行合作医疗制度給貧下中农带来的幸福；激发广大貧下中农的无产阶級感情，提高阶級斗爭和路綫斗爭觉悟，充分发揮貧下中农的革命积极性，使合作医疗制度在毛主席无产阶級革命路綫的指引下蓬勃发展，不断巩固。

合作医疗制度是广大貧下中农活学活用毛泽东思想，集中了群众智慧的一大創举。我們办好合作医疗制度，必須緊緊依靠群众。毛主席教导我們說：“**人民群众是眞正的英雄，没有人民，我们这个队伍就不能存在。**”群众一經发动起来，在合作医疗制度的巩固、发展上，就会焕发出无穷无尽的力量。我們“赤脚医生”要坚定不移地依靠貧下中农，在党的領导下，建立貧下中农、干部、“赤脚医生”“三結合”的領导小組，定期召开会議，接受貧下中农监督，并通过領导小組广泛宣传群众，組織群众，絕不能单純地把合作医疗制度看成是大家互相帮、节省几个錢的事情。这是一場思想革命，这是有关社会主义建設的百年大計。

合作医疗制度是无产阶級文化大革命中的新生事物，正在不断地发展、壮大。这就要求我們“赤脚医生”在医疗实践中抓住每一个环节，不断地巩固和发展合作医疗。我們体会主要是抓下面四个环节：預防疾病走在先，新医疗法大开展，土方土法搞制药，群防群治紅一片。

我們“赤脚医生”一定要认眞貫徹毛主席**預防为主**的方

針，把預防工作放在首位。我們要发动并依靠广大群众，把以除四害讲卫生为中心的群众性爱国卫生运动搞得轰轰烈烈，扎扎实实，做到无病早防，有病早治，防病在先，防治結合。

新医疗法是工农兵和革命医务人員在毛泽东思想指导下把中西医結合起来的新創造，深受广大貧下中农欢迎。我們开展、推广新医疗法，不仅要根据“**自力更生**”、“**艰苦奋斗**”的伟大方針，做到少花錢多治病，不花錢也治病，减少合作医疗經費开支；而且要在技术上“**精益求精**”，敢于向所謂“疑难病症”、“不治之症”进攻，不断提高治疗效果，为創造我国的新医药学积累經驗。我們要积极貫徹中西医結合、土洋結合的方針，自己动手，就地取材，土法上馬，因地制宜地大搞土法制药，做到有医就有药，医药不分家，在农村建立取之不尽、用之不竭，在战时打不烂的天然药庫。

我們要坚定不移地走毛主席指出的为大多数人服务的道路，把医学这門来源于广大劳动人民的科学知識重新交到广大劳动人民手里。大搞群众办医，群防群治。抓紧一切空閑时間举办学习班、培訓班、炕头小課堂等，大力宣传卫生常識，建立群众性的医疗卫生队伍。

我們是来自农村的貧下中农子女，我們是在毛泽东思想哺育下成长起来的“赤脚医生”。我們一定要活学活用毛主席著作，怀着无限忠于毛主席的紅心，坚持社会主义方向，办好农村合作医疗，为彻底改变农村医疗卫生面貌努力工作，为建設社会主义新农村而奋斗終生。

建立农村医疗卫生网
备战、备荒、为人民

伟大領袖毛主席教导我們："**新的世界大战的危险依然存在，各国人民必须有所准备。但是，当前世界的主要倾向是革命。**"我們"赤脚医生"最听毛主席的話，毛主席怎么說，我們就怎么干。为了全面落实毛主席"**提高警惕，保卫祖国**"的伟大号召，我們"赤脚医生"和广大的貧下中农、革命医务人員在一起，活学活用毛主席"**人民战争**"的伟大战略思想，結合实际，发动群众，在广闊的农村建立起一个要医有医，要药有药，群防群治，平时为群众服务，战时能医伤治病的农村医疗卫生网。

医疗卫生网是依靠战无不胜的毛泽东思想，集中广大劳动人民的智慧，在落实"**备战、备荒、为人民**"伟大战略方針实践中的重大創造。建立医疗卫生网，搞好卫生战备工作，是加强战备和巩固无产阶級专政的需要，是发展生产、实現工农业生产大跃进的需要，是貫彻毛主席无产阶級革命卫生路綫的需要。

开展医疗卫生网活动，需要切实搞好战备思想教育。我們必須充分认識帝国主义、社会帝国主义政治上的反动性，經济上的垄断性，軍事上的冒险性，宣传上的欺骗性和发动战争的突然性，克服和平麻痹情緒，牢固树立"**提高警惕，保卫祖国**"的思想，把阶級斗爭觉悟提得高高的，把战备观念树得牢牢的，把杀敌的士气鼓得足足的，时刻警惕帝国主义和社会帝国主义的侵略，做好对付突然袭击的一切准备，用战备观点观察、检查、落实医疗卫生网的工作。

开展医疗卫生网活动，需要建立一支适应战备需要的卫生队伍。在党的領导下，社、队革委会組織基干民兵、“赤脚医生”、不脱产卫生員成立救护队，分期进行止血、包紮、骨折固定、搬运伤員等战地救护技术訓练，举办“三防”（防核武器、防化学武器、防細菌武器）学习班和新医疗法学习班。从实战需要出发，反复演习，反复落实，形成一支坚不可摧的人民战争“救护网”，为战时医疗卫生工作打下巩固的群众基础。

开展医疗卫生网活动，需要建設一个取之不尽的天然药库。林副主席在《人民战争胜利万岁》一文中指出：“要革命，要进行人民战争，幷且要取得胜利，就必須坚持自力更生的方針，依靠本国人民群众的力量，准备在任何外来的物质援助都切断的情况下独立地进行斗爭。”药材是重要的战备物資，我国农村中草药資源十分丰富，群众中有許多行之有效的土方、驗方。貧下中农說得好：“草药土方，备战备荒；平时治病，战时医伤。”我們“赤脚医生”就是要广泛发动群众，为革命采药，为战备献方。把群众采来的中草药集中分类，制成标本，帮助认药；幷自力更生，土法上馬，因陋就簡，在社、队开办土药厂，制备药品。这样不仅能使广大貧下中农掌握认药、采药、制药的知識，为普及中草药奠定基础；而且能做到藏药于民，备战备荒。一旦战爭爆发，这就是一个打不烂、炸不掉、烧不光、用不尽的天然药庫，即使在外来的物資援助被切断的情况下，也能自力更生解决医药的需要，經得起任何战爭的考驗。

毛主席教导我們說：“**组织千千万万的民众，调动浩浩荡荡的革命军，是今天的革命向反革命进攻的需要。**”我們“赤脚医生”要认眞学习，深刻領会，全面落实毛主席的人民战争的伟大战略思想，积极开展医疗卫生网活动，在党的

領导下，为把每一个村、队建設成能支（支援前綫）、能打（打击敌人）、能建（政权和生产建設）、能防（防核武器、防化学武器、防細菌武器）、能儲（儲粮、儲草、儲药）的巩固的紅色根据地而努力。这样，打起仗来就能人自为战，村自为战，把敌人淹沒在人民战爭的汪洋大海之中。

第一章　怎样认识人体

毛主席教导我们：**“大家明白，不论做什么事，不懂得那件事的情形，它的性质，它和它以外的事情的关联，就不知道那件事的规律，就不知道如何去做，就不能做好那件事。”**

我们学习做防治疾病的工作，必须认识人体。从认识正常的人体开始，进而认识疾病的变化。

医学上有关正常人体的构造和机能的部分，叫做解剖和生理。

第一节　人体的基本结构和生命活动

人体从头到脚，结构和机能都很复杂。认识复杂的人体，一方面要从整体上看，另一方面要从各个部分去分析。

复杂的人体是由最基本的成分——细胞组成的。细胞很微小，只有在显微镜下才能看清。各种细胞的形状有很大差别，但它们的基本构造大体相同，一般都有细胞膜、细胞质和细胞核三部分（图 1-1）。细胞膜是细胞外面的一层很薄的膜，它既能保持细胞完整，又能使细胞内外进行物质交换。细胞质和细胞核是进行生命活动的最重要部分。细胞和细胞之间有细胞间质，它起着营养和支持细胞的作用。

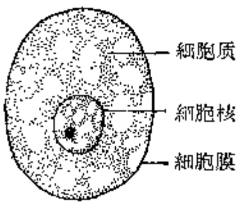


图 1-1　细胞构造模式图

各种细胞共同的基本的活动是新陈代谢。每个细胞都要不断从周围摄［音设，shè］取物质，到内部进行变化，又向周围排出物质。在这个基础上，细胞发挥它的机能作用，保持自己的生命，并且可繁殖新生。这样，细胞在自身内部的矛盾斗争以及同周围环境的矛盾斗争中，从产生、生长发展直到死亡。同样，整个人体也存在着这几方面的矛盾。

人体内形态和机能上有关的细胞有规则地排列集合在一起，形成组织。几种组织结合起来构成器官。若干器官结合起来构成系统。人体有运动、呼吸、循环、消化、泌尿、神经、内分泌、生殖等系统。各种组织、器官和系统各有一定的机能，各种不同的机能都属于矛盾运动。例如：肌肉的收缩和舒张，神经的兴奋和抑制。

各个系统在统一管理下，互相配合，互相协作，完成人体的各种生命活动。神经系统是调节全身各部分的主要环节。人体各部分的活动情况，及时地反映到神经系统，经过神经系统分析综合，再全面调节各器官的活动，以适应人体的各种需要，这种过程称为反射。例如：当人吃食物时，消化系统从口腔到胃肠都进行一系列的运动，同时分泌消化液（如唾液），使食物在体内被消化，变成营养物质。这种消化活动，就是通过神经反射来调节的。

总的来说，人体由细胞、组织、器官和系统构成，体内不断地进行新陈代谢，不断地发生矛盾、解决矛盾。这样，人体就能适应环境，改造外界条件，保持健康。

第二节　人体各系统及检查法

运　动　系　统

运动系统是指骨、关节和肌肉。这三部分在神经系统的支配下，进行着各种运动，如劳动、走路、吃饭、说话、呼吸等。运动器官，必须经常活动才能保持正常。体力劳动能促使肌肉发达、骨骼坚强。如果长期不劳动，肌肉就会瘦弱，关节就会僵硬，甚至骨也会变得松脆。所以，从事体力劳动和参加适当的体育运动，能增强体质。

一、骨　　骼

骨骼（图 1-2,3）是由 206 块形状不同的骨连接构成的。每块骨包括骨膜、骨质、骨髓三部分。

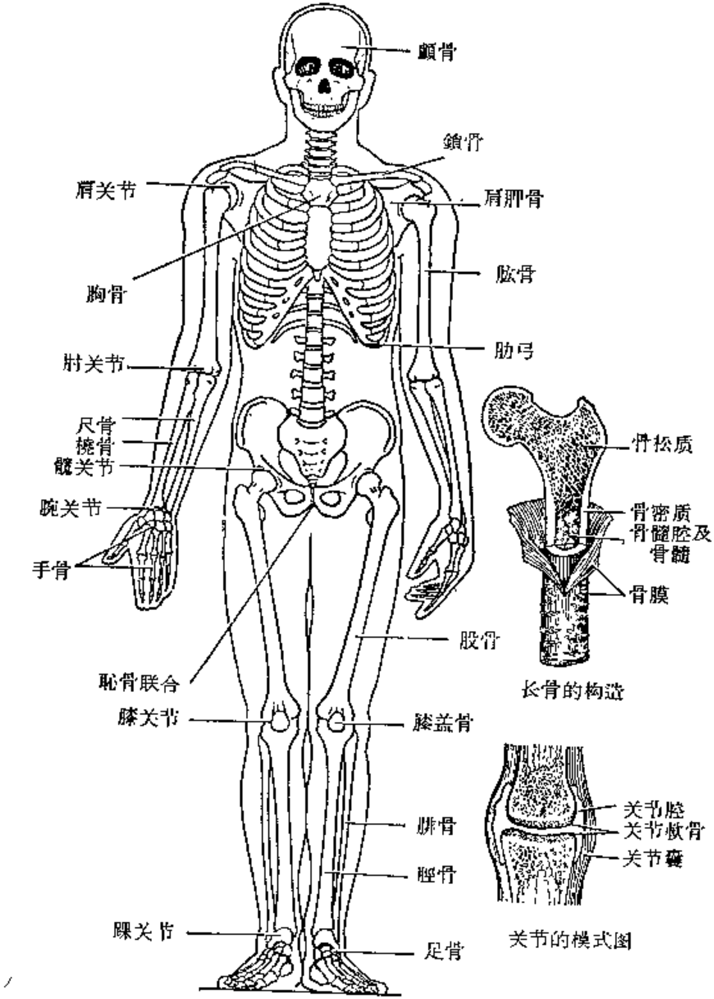

顱骨
鎖骨
肩关节
肩胛骨
胸骨
肱骨
肘关节
肋弓
尺骨
橈骨
髋关节
腕关节
手骨
骨松质
骨密质
骨髓腔及
骨髓
骨膜
股骨
长骨的构造
耻骨联合
膝关节
膝盖骨
关节腔
关节软骨
关节囊
腓骨
脛骨
踝关节
足骨
关节的模式图

图 1-2 全身骨骼（正面）

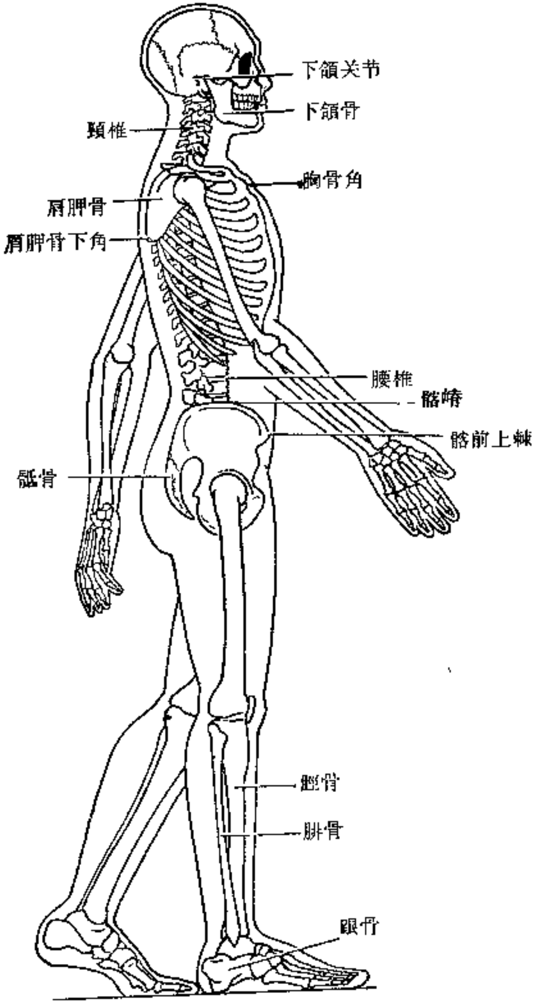


图 1-3 全身骨骼（侧面）

骨的构造
- 骨膜：包在骨的表面，营养骨，并与骨折的修复有关。
- 骨质
  - 骨密质：骨的外层。
  - 骨松质：骨的内层。椎骨和长骨两端内部，是骨松质。
- 骨髓
  - 红骨髓：在骨松质网眼内，能产生血细胞，是人体的主要造血器官。
  - 黄骨髓：在骨髓腔中，主要成分是脂肪。

骨起着支持人体的作用。骨有病往往影响劳动力，或使身体某部分失去正常形状（畸形），有时容易折断（骨折）。

全身骨胳可分为颅骨、躯干骨、四肢骨三大部分。

颅骨 形成颅腔，容纳和保护脑；并参与构成眼眶、口腔、鼻腔等。新生儿的颅盖各骨，骨缝未闭，形成囟［音信，xìn］门。前面的囟门较宽大，在生后一岁左右闭合。在营养不良的小儿，骨质形成障碍（如佝偻［音沟楼，gōu lóu］病），囟门闭合较晚。

躯干骨 包括脊柱和胸廓。

脊柱是人体的支柱，由 26 块椎骨和椎间盘连接而成。椎间盘是椎骨之间的软骨盘，富有弹性。椎骨包括颈椎(7个)、胸椎(12个)、腰椎(5个)、骶［音底，dǐ］骨和尾骨(各1块)。脊柱后方伸出各个椎骨的棘［音吉，jí］突，在背部正中线上容易摸清。脊柱中央的管叫椎管，内有脊髓，脊柱受损伤时，可能损伤脊髓。脊柱可做屈、伸、侧弯、旋转运动。运动最大的地方是颈下部和胸腰交界部，也是脊柱易受损伤和发生病变的部位。

胸廓是由胸骨（分胸骨柄、体、剑突三部）、肋骨(12对)、肋软骨和胸椎所组成。在胸廓内容有心、肺、气管、食管和大血管等器官。

四肢骨 上肢骨包括肩胛骨、锁骨、肱［音宏，hóng］骨，尺骨（前臂内侧），桡［音挠，náo］骨（前臂外侧）、手骨（腕骨、掌骨、指骨）。下肢骨包括髋［音宽，kuān］骨（由耻骨、坐骨、髂骨组成）、股骨、膝盖骨、胫骨（小腿内侧）、腓［音肥，féi］骨(小腿外侧)、足骨（跟骨、距骨、跗骨、跖［音直，zhí］骨、趾骨）。

骨盆 由左右髋骨、骶骨和尾骨组成。骨盆腔内容纳膀胱、直肠、内生殖器等器官。骨盆腔的底被肌肉和结缔组织膜所封闭。女性的

骨盆下口是分娩时胎儿经过的产道。

二、关　　节

人体各骨间相互连接，其中能够活动的称为关节。身体各处的关节形状不同，活动性也不同，但基本上都是由关节面、关节囊和关节腔构成。两骨相接触的面叫关节面，表面覆有一层关节软骨，十分光滑。连接处外围包有坚实的关节囊。关节囊是密闭的，里面的腔隙叫关节腔，内有少量液体，起润滑作用，以减少相互间的摩擦。关节囊的外面有韧带进行加固。关节的构造适应它的活动。但活动超过了它的范围，就会破坏关节的正常构造，发生脱位、关节囊损伤等。人体主要关节有：

下颌关节，是下颌骨和颅骨之间的关节。

肩关节，由肩胛骨和肱骨组成。特点是关节头大，关节窝浅，关节囊松弛而薄，灵活性大，和上肢的机能相适应，但易脱臼。

肘关节，由肱骨远端和桡、尺骨近端组成。

腕关节，由桡骨远端和腕骨组成。

髋关节，由髋骨和股骨组成。特点是关节窝深，关节囊厚而紧张，稳固性大，和下肢的机能相适应。

膝关节，由股骨下端、膝盖骨和胫骨所构成。是人体最大的关节。关节腔内有软骨板。

踝[音淮，huái]关节，由胫、腓骨远端和距骨组成。

此外，还有指关节（手）和趾关节（足）等。

三、肌　　肉

肌肉可分为横纹肌（骨胳肌）、平滑肌（分布于胃、肠、支气管、膀胱、子宫等内脏和血管）和心肌三种。横纹肌受意志支配，又叫随意肌；平滑肌和心肌不受意志支配，又叫不随意肌。

人体的一切动作都是肌肉运动的结果。肌肉所以能产生运动，在于它能够收缩。肌肉收缩的同时，还放出大量热，是供应人体热量和保持体温的主要来源之一。肌肉既能收缩，又能舒张。而且，一部分肌肉收缩，有关的另一部分肌肉就要舒张，从而保持动作的协调。任何



图 1-4　全身肌肉

一种运动都是由许多肌肉收缩舒张协同动作的结果。肌肉过度强烈的收缩，会引起疼痛，叫痉挛[音欒，luán]，甚至可能引起肌肉本身的损伤。反之，肌肉长期不收缩，不运动，就会变瘦弱，叫肌萎缩。

骨骼肌两端多附着在不同的骨头上，两端中间膨大的部分叫肌腹。大多数肌肉的一端或两端是圆的肌腱。肌肉有丰富的血管和神经分布。肌肉运动靠神经支配，神经系统如有病或受损，肌肉就失去常态。例如：管理面部表情肌的神经（面神经）麻痹，引起口面歪斜；发高烧使大脑机能失调，可引起抽风。

全身骨胳肌按部位可分为头部肌、躯干肌和四肢肌（图 1-4）。

头部肌：主要有面部表情肌和咀嚼肌。

躯干肌：颈部有胸锁乳突肌，在颈部可看到它的轮廓。胸部有胸大肌；肋间肌位于每两条肋骨之间，是呼吸肌。腹壁前面中线两侧有一对腹直肌，它的外侧有三层肌肉。腹壁肌肉收缩时，可使腹内压增高，协助排便、排尿、呕吐、呼气等动作。膈肌位于胸、腹腔之间，也是呼吸肌。

四肢肌：三角肌，覆盖在肩关节外上方，可在此进行肌肉注射。肱二头肌，是上臂前面的一块肌肉，收缩时可屈肘。肱三头肌，是上臂后面的肌肉，可伸肘。臀[音屯，tún]大肌，是臀部最大的肌肉，常在它外上方作肌肉注射。股四头肌是大腿前面强大的肌肉。腓肠肌位于小腿后面，表面隆起，俗称"小腿肚"，它下端形成跟腱，终止于跟骨。

四、常用的骨骼重要标志

骨骼的某些突出部分可从体表摸到，对确定解剖部位、针刺穴位及进行临床诊断很有帮助。

(1) 第七颈椎棘突：即从脖子后面正中往下，摸到的第一个高骨突起。再往下即第一胸椎棘突（两者之间即大椎穴），常用来作为判断确定上半部椎骨数目。

(2) 胸骨角：即胸骨柄和胸骨体之间的隆凸，它的两侧接第二肋软骨，用来确定胸廓前面的肋骨数目。

(3) 肩胛骨下角：两臂下垂正坐，肩胛骨下角相当第七肋骨平面，

用来确定胸廓后面的肋骨数目；肩胛骨下角平齐处为第七胸椎棘突，用来确定脊柱中部的椎骨数目。

（4）髂嵴[音儿，ér]：即髂骨的上缘，两侧髂嵴最高点在腰部的连线，约与第3～4腰椎之间平齐，是确定下半部椎骨数和临床常用的腰椎穿刺标志。

（5）髂前上棘：是髂嵴前端突出处。

（6）坐骨结节：位于髋骨后下方。

（7）耻骨联合：是左右髋骨在前方联合的地方。

循 环 系 统

循环系统是人体内的运输系统。人体各组织所需养料的供应、废物的清除以及内分泌激素的运送，都要靠循环的正常运行。循环系统包括血液循环和淋巴循环。

一、血液循环

心脏和血管构成一个封闭管道系统，血液在其中不断地循环流动，称为血液循环。

血液循环以心脏为中心。心脏象个水泵［音蹦，bèng］，它把血液压入动脉，输送全身。全身的血液又从静脉流回心脏。

1．**心脏** 心脏位于胸腔内，两肺之间，膈肌之上，略偏左方。心脏的大小約相当于本人的拳头。心脏的形状呈圆锥形，底朝右上，尖朝左下。心尖相当于左锁骨中线第五肋间，用手可摸到心尖搏动。

心脏壁有三层，内层是很光滑的心内膜；中层是很厚的心肌；外层是心外膜。心脏外面包有心包。心包由两层膜构成，内层就是心外膜；两层膜之间的空隙叫心包腔，腔内有少量液体，起润滑作用。营养心脏的血管叫冠状血管，很重要，如果发生痉挛或堵塞，就会引起严重的心脏病变。

心脏内腔被横、竖两个隔分成四分，横隔以上是心房，以下是心室(图1-5)。心房中间的竖隔称为房中隔；心室中间的称为室中隔。左右心房和心室之间的横隔各有一个开口，称为左房室口和右房室口。左右房室口各有瓣膜，左心房和左心室之间是两片瓣膜，叫二尖瓣；

右心房和右心室之间是三片瓣膜，叫三尖瓣。在右心室和肺动脉交界处有肺动脉瓣；在左心室和主动脉交界处有主动脉瓣。正常的瓣膜都很薄，坚韧而光滑。这样就保证了瓣膜的开、闭既灵活，又可耐受较高的压力。每组瓣膜只能向一个方向开，使血液向一个方向流动，防止倒流。

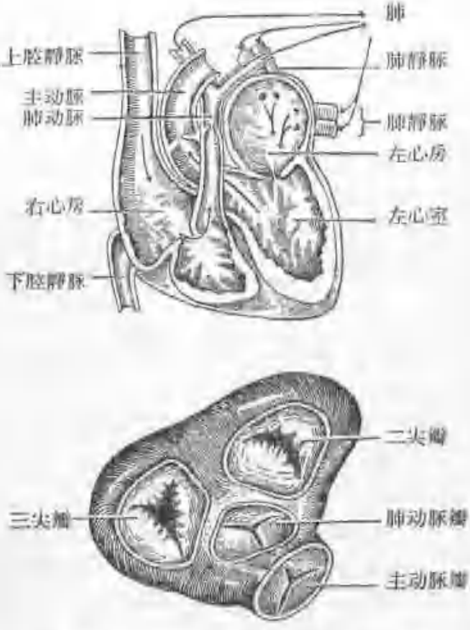


图 1-5 心脏内部的构造及心瓣膜（示意图）

2．**血管** 血管分为动脉、毛细血管和静脉。

动脉是由心室发出的厚而有弹性的血管。动脉由心脏发出后逐渐分枝变细，最后在人体各部组织和毛细血管相接。

毛细血管的壁很薄，在这里血液和组织进行物质交换，血中的氧和营养物质可透过毛细血管壁到毛细血管外的组织液中；细胞所产生的二氧化碳和代谢产物可透过毛细血管壁进入血液中。

静脉就是引导毛细血管血液回心房的血管，壁较薄。小静脉逐步汇合成大静脉，最后和心房相接。静脉除皮下浅静脉外，一般都和同名动脉伴行。

全身主要的动脉和静脉列举如下（图1-6）：

头颈部的主要动脉：主干是颈总动脉，在喉和气管两侧可摸到搏动。头颅大出血时可在此压迫止血。它到面部的分枝有颞［音聂，niè］浅动脉，在耳前方可摸到它的搏动。

上肢的主要动脉：主干是锁骨下动脉，在锁骨上窝处能摸到搏动，如上肢大出血，可在此处压迫止血。锁骨下动脉走向腋窝，叫腋动脉。腋动脉到臂部叫肱动脉。肱动脉在肘前部（通常在此测量血压）分为两支，走在桡侧的叫桡动脉，走在尺侧的叫尺动脉。桡动脉在腕部最浅，极易摸到，常在此处切脉。

下肢的主要动脉：主干是股动脉，在大腿根部能摸到搏动，如下肢大出血，可在此压迫止血。在大腿中部，股动脉转到后方，并分支营养小腿和脚。

四肢的皮下静脉：一般走在皮下，不与动脉相并行。四肢皮下静脉内有静脉瓣，可阻止血液的倒流。

上肢的皮下静脉主要有头静脉（在桡侧）、贵要静脉（在尺侧）及在肘部的肘正中静脉（常在此处静脉注射）。

下肢的皮下静脉有大隐静脉和小隐静脉（在小腿后方）。大隐静脉是全身最长的一条静脉。它起自足背，经内踝前方（临床上常在此处进行输液）、小腿前内侧及大腿内侧向上行，最后在大腿根部，注入股静脉。这条静脉有許多静脉瓣，如瓣膜关闭不好，就容易发生下肢静脉曲张。

3．**心搏过程** 人的一生中，心脏不停地有节律地收缩和舒张。每一次收缩和舒张，称为一个心动周期。心动周期可以分为收缩期和舒张期。由于心室的活动对于完成心脏机能起决定作用，习惯上说的收缩期就是指心室收缩期，舒张期就是指心室舒张期。

心脏收缩时，心室腔变小，内压升高；舒张时，心室腔扩大，内压降低。由于心室内压力的变化，就推动心瓣膜开放或使它关闭，好象水泵里的活动阀一样。当心室收缩时，两心室内压力升高，二尖

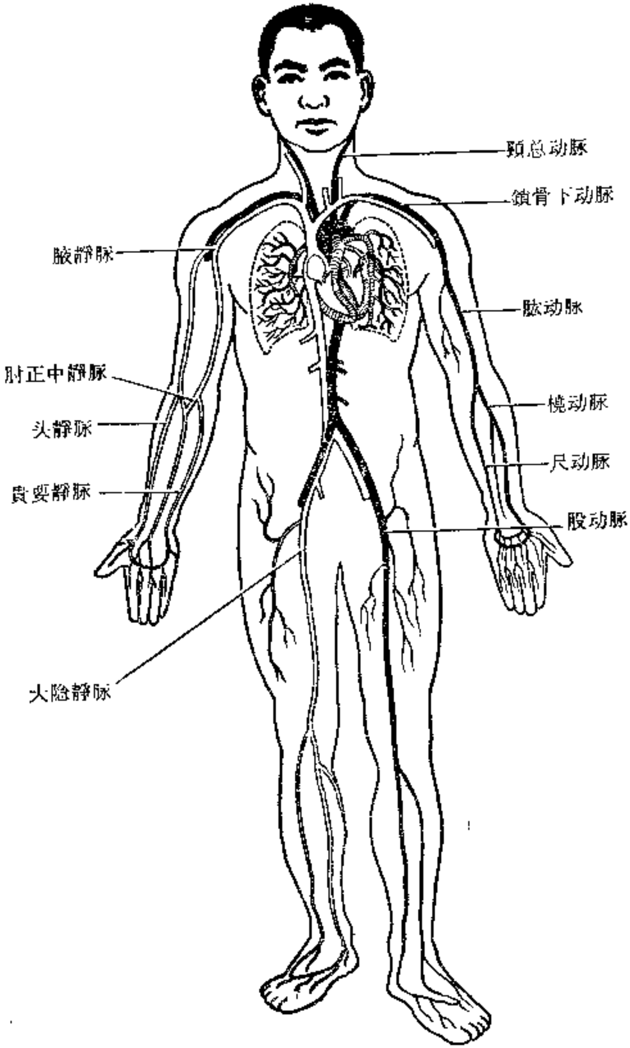


图 1-6 全身主要动静脉（模式图）

瓣、三尖瓣关闭，使心室和心房的通道关闭；室内压力继续升高，主动脉瓣和肺动脉瓣被心室内血液冲开，两心室内的血液就分别流入主动脉和肺动脉。心室舒张时，心室内压下降，主动脉瓣、肺动脉瓣即关闭，接着二尖瓣、三尖瓣开放，两心房内的血液就流入两心室内。当心瓣膜有病变时，原来薄而光滑的心瓣膜变得厚而粗糙，互相粘连，以至于该关闭时闭不严实（关闭不全），该开放时开不彻底（狭窄），那么血液流经此处，就会发生逆流或流通不畅，最后引起心脏机能上的变化，形成心脏（瓣膜）病。

心动周期中，心瓣膜的关闭和血流冲击可以产生声音，称为心音，可用听诊器在胸廓的适当位置上听到。心脏收缩时，二尖瓣、三尖瓣关闭，形成第一心音。心脏舒张时，主动脉瓣、肺动脉瓣关闭，形成第二心音。

4. **体循环和肺循环** 左心室收缩，将血液压入主动脉，经过各级动脉管，分布到全身毛细血管，血液又经各静脉汇集到上、下腔静脉流回右心房，这个循环叫体循环（大循环）。

右心室收缩，将血液压入肺动脉，流经肺脏，吸收氧气，放出二氧化碳，由肺静脉流回左心房，这个循环叫肺循环（小循环）。肺静脉血含氧高，肺动脉血含二氧化碳多，这与体循环内情况相反。体循环和肺循环同时进行，连续不断（图1-7）。

5. **血压和脉搏** 心脏收缩，推动血液向前流动，对血管壁产生的压力，叫做血压，通常指动脉压。心脏收缩时的血压叫收缩压，正常值为 90～130 毫米汞柱；心脏舒张时的血压叫舒张压，正常值为 60～80 毫米汞柱。成人血压持续超过 140/90 毫米汞柱，就是病态，叫做高血压。

在身体的一些部位，如腕部、颞部、足背部可摸到动脉搏动，叫脉搏，可反映心跳快慢、强弱。祖国医学在切脉上有更为深入细致的研究，不仅从切脉判断心脏、血管的机能情况，而且还反映出其他器官、系统机能改变的情况。

心脏和血管受着神经系统的支配：交感神经可使心跳快而强，小动脉管壁收缩，血压升高；副交感神经可使心跳慢而弱，小动脉管壁舒张，血压降低。这样，人在不同的生理情况下，通过人体内部的调

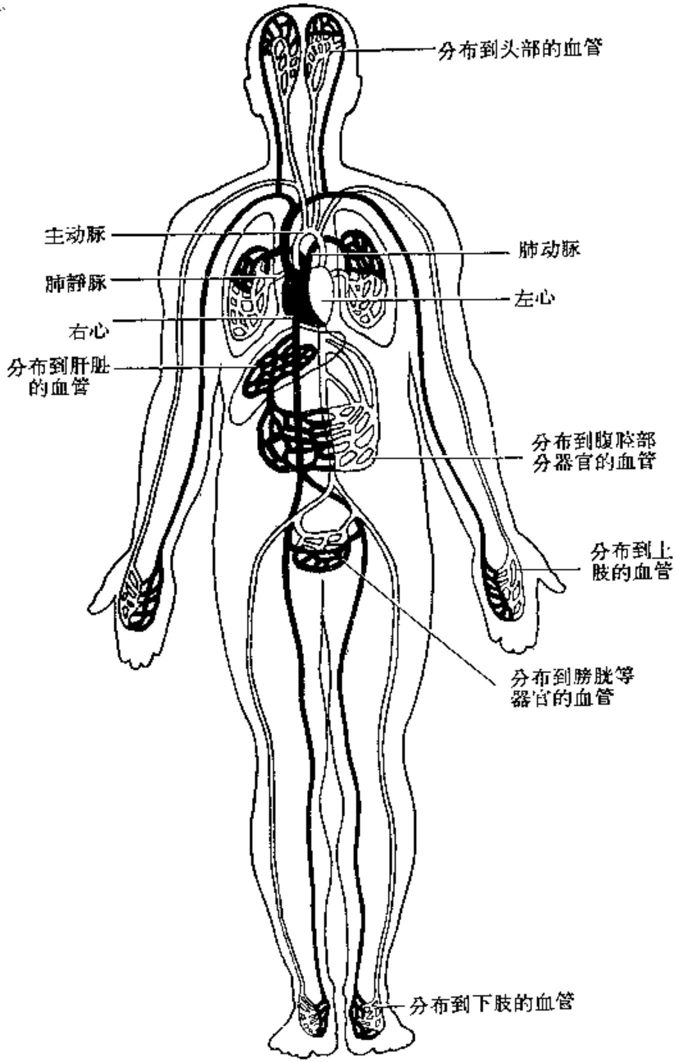


图 1-7 全身血液循环（示意图）

节机能，心脏和血管的活动不断发生变化，以适应人体的需要。

二、淋巴循环

淋巴系统包括淋巴管和淋巴结。绝大多数器官的组织内部都有淋巴管，它有收集组织内液体的作用。组织液进到淋巴管内就叫淋巴液，最后通过大的淋巴管流入静脉内（图1-8）。淋巴液和血浆、组织液的成分很近似。在淋巴管经过的一定部位，有淋巴结。它可以制造淋巴细胞，消灭侵入人体内的细菌及异物，是人体的重要防御结构。某处淋巴结有肿大，常说明其所属区域内有病变，临床上常用来帮助诊断某些疾病。

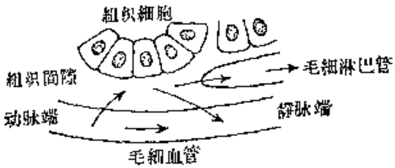


图 1-8 組織液、淋巴液生成示意图

体检常注意的淋巴结有：(1) 颈淋巴结，位于胸锁乳突肌的深面或浅面；頷下淋巴结，位于下頷下方。面、口、扁桃体及鼻部有病变时，常可肿大。(2) 腋淋巴结，位于腋窝，上肢或乳房有病变时可能肿大。(3) 腹股沟淋巴结，位于大腿根部，下肢或外阴部有病变时常肿大。(4) 锁骨上淋巴结，位于锁骨上窝，肿瘤转移（如胃癌）时常有肿大。

脾

脾椭圆形，位于腹腔左上部，一般不超出肋下，故正常人摸不到脾。脾的一部分机能和淋巴结相似，但它是与血管相通联，而且还有破坏红细胞的作用。許多疾病可引起脾脏肿大。

三、血　　液

1．血液的成分和机能

红细胞（红血球）：内含血红蛋白，能携［音协，xié］带氧和二氧化碳。正常人血中红细胞数为450万～600万/立方毫米（男）、400万～550万/立方毫米（女）；血红蛋白量为14～16克/100毫升（男）、12～15克/100毫升（女）。红细胞和血红蛋白减少，称为贫

血。

白细胞（白血球）：有吞噬［音是，shì］细菌和病毒的作用。正常人为5,000～10,000/立方毫米。人体某些部位受病菌感染时，白细胞常增多（也有减少的）。

血小板：参与凝血过程。

血浆：内含蛋白质等成分，能输送营养物质、水分、激素等，并运走废物。

2．**血量** 成人的总血量約为体重的8%，約有5,000毫升。血量是维持正常血压的重要条件，失血过多，血压就会降低。短时间内一次失血量超过全血量的30%（約1500毫升左右），如不能及时补充，可有生命危险；失血超过20%，便有贫血症状；失血不超过10%(500毫升)，一般无碍健康。

循环系統检查法

血压测量法 被检查者取坐位或卧位，前臂应与心脏同高。将血压带缚于上臂，在肘窝肱动脉搏动处放置听诊器。徐徐打气使血压计的水银柱上升到一定高度。徐徐放气，当听到第一次音响时水银柱的读数，就是收缩压；继续放气至音响突然减弱时水银柱的读数，就是舒张压。记录为：收缩压/舒张压毫米汞柱。

问诊 心脏病的常见病状：

(1) 心悸：病人自觉心跳加快、心慌，活动时明显。

(2) 气短或呼吸困难：多于剧烈活动后出现。严重心脏病时，不能平卧，被迫采取坐位，叫端坐呼吸。

(3) 咳嗽或咯血：心力衰竭时，因肺循环郁［音育，yù］血，可引起咳嗽和咯血。

(4) 浮肿及尿少：心力衰竭时出现，浮肿先从下肢开始，逐渐向上蔓延，甚至全身浮肿。

(5) 心前区疼痛。

望诊

(1) 心尖搏动：正常位于左第五肋间锁骨中线内。如超过锁骨中线外，表示心脏扩大或受压向左移位。

(2) 发绀[音干，gàn]：即口唇、面色、指甲呈青紫色，表示血氧不足。

(3) 皮肤、粘膜苍白：表示贫血或缺血。

(4) 颈静脉怒张：体循环郁血，静脉血回流障碍时出现。

触诊

(1) 用手掌触心尖搏动，注意其位置、范围、强弱；有震颤（旧名"猫喘"），表示有心脏病。

(2) 肝肿大：心力衰竭可使肝脏郁血而肿大。

叩诊 按先上后下、先左后右、从外往里的顺序，沿肋间叩心脏相对浊音界。正常左界在锁骨中线内；右界不超过胸骨右缘。浊音界异常，常表示心脏扩大或移位。

听诊 听诊区（图 1-9）：二尖瓣听诊区在心尖搏动处偏内上，三尖瓣在胸骨下端偏右处，主动脉瓣在胸骨右缘第二肋间，肺动脉瓣在胸骨左缘第二肋间。

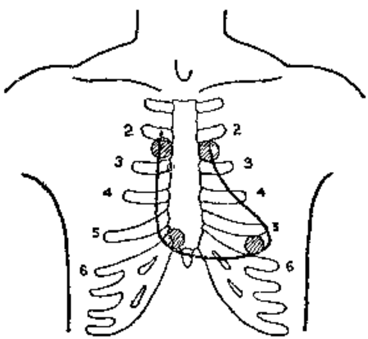


图 1-9 心脏听诊区

(1) 正常心音：

第一心音：长而低，是心室肌收缩和房室瓣关闭产生的声音，在心尖部最清楚，与心尖搏动和颈动脉搏动同时出现。

第二心音：短而高，是主动脉瓣和肺动脉瓣关闭产生的声音，在心底部最清楚。

从第一心音开始到第二心音出现之前，相当于心脏的收缩期。从第二心音出现到下一次第一心音开始之前相当于心脏舒张期。

(2) 杂音：心脏杂音就是指正常心音以外的声音。一般认为，杂音是由于心瓣膜病变，使血流发生旋涡，冲击心壁产生的，也可由于贫血、高热等，血流通过心脏太快时产生。在第二心音出现以前，心脏收缩过程中出现的杂音，叫做收缩期杂音，如吹风声。在第一心音出

现以前，心脏舒张过程中出现的杂音，叫做舒张期杂音，呈隆隆声。单纯出现比较轻的收缩期杂音，没有其他循环系统症状，往往是贫血、发热引起的，不表示心脏病。因此，杂音虽然是心脏病的主要体征，但诊断心脏病必须经过全面的检查。

(3) 心率：正常成人每分钟60～80次，3岁以下儿童为100～120次。发烧、贫血、情绪激动时，心率加快；心脏病时，心率可加快或减慢。

(4) 心律：即心搏的节律，正常人的心律整齐。出现间歇、提前或不规则的跳动等，称为心律不齐。

呼 吸 系 統

一、呼吸系統的构造和功能

呼吸系统包括鼻、咽、喉、气管、支气管和肺（图1-10）。

肺 是呼吸系统和循环系统进行气体交换的地方。其余器官是气

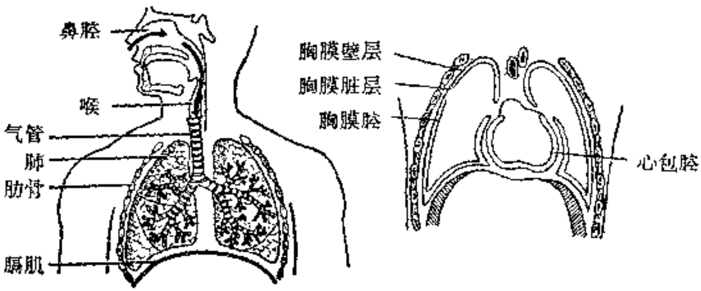


图 1-10 呼吸器官及胸膜腔示意图

体出入肺的通路，叫呼吸道。气管以上的部分叫上呼吸道。气管入胸腔后，分左右两条支气管进入左右肺。入肺的支气管不断分支，直到毛细支气管，与肺泡相连。气管和支气管中都含有平滑肌。平滑肌收缩，可使管腔变小。支气管平滑肌持续收缩（痉挛），可引起呼吸困难。

右肺分上、中、下三大叶，左肺分上下两大叶，每个大叶又分许

多小叶，小叶由许多肺泡组成。肺泡壁很薄，有弹性，周围有丰富的毛细血管网。由肺动脉来的血液中含大量二氧化碳，血液流经肺泡壁时，二氧化碳可透过毛细血管壁进入肺泡，同时肺泡内的氧气进入血液。饱含氧气的血液经肺静脉流入左心房（图 1-11）。

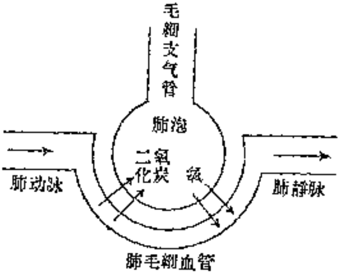


图 1-11 肺泡气体交换示意图

如果肺泡弹性减弱而过分膨胀，称为肺气肿，可减低肺泡的换气机能；同时压迫肺泡壁周围的毛细血管网，使肺动脉血流受阻，压力增高，结果增加右心的负担，最后可引起心脏病（肺原性心脏病）。

二、呼 吸 运 动

吸气时，膈肌收缩下降，肋间肌收缩，肋骨上举，胸腔扩大，两肺随着膨胀，空气经呼吸道进入肺；呼气时，膈肌上升，肋骨复位，胸腔缩小，两肺随着缩小，空气被排出。人工呼吸就是根据这个原理进行的。呼吸管道不通畅，或者腹部有病使膈肌活动受限，均可造成呼吸困难。

三、胸 膜

胸膜分两层。内层紧贴肺表面，外层紧贴胸壁内面，两层之间的腔叫胸膜腔（图 1-10）。胸膜腔左右各一，是一个密闭腔，内有少量液体，有润滑作用。胸壁创伤或肺组织破裂，空气能迅速进入胸膜腔内，引起气胸。气胸可使肺压缩，虽然呼吸运动照常，但气体交换不能正常进行，人体便要缺氧而发生呼吸困难。同理，胸膜腔内有液体（胸腔积液），也可引起呼吸困难。

呼吸系统检查法

问诊 呼吸系统疾病的常见病状：

（1）咳嗽：是气管粘膜受刺激的防御性反射动作，常是因气管发炎或有痰引起。

（2）咯痰：痰分粘液痰、泡沫痰和脓痰等。

（3）胸痛：多是胸膜受刺激引起。

（4）气喘（呼吸费劲）、气急（呼吸短促）、哮喘（呼吸困难，并发出特殊声音）等。

望诊

（1）胸廓：正常胸廓扁圆形，两侧对称。病态胸廓有：桶状胸，即胸廓前后径显著增大，多为肺气肿；胸廓不对称，见于一侧胸腔病变，多为结核病；"鸡胸"，胸骨向前突出，左右径小，多为佝偻病。

（2）呼吸运动：正常人呼吸快慢深浅均匀，成人每分钟呼吸 16～20 次，婴儿呼吸较快。

触诊 胸壁有无压痛，气管是否居中。对比两侧语音震颤（让病人低调说"一"，在两侧对称部位手触其语音震颤，比较其强弱）。

叩诊 叩诊顺序从上而下，左右比较，先叩前胸，后叩后背。

叩诊音	清音	浊音	实音	鼓音
正常分布区	正常肺区	肝及心脏的浊音区	肝及心脏的实音区	胃，肠

肺区叩出浊音或鼓音都表示有病。

听诊 听诊顺序同叩诊。

（1）正常呼吸音：

肺泡呼吸音：是空气出入肺泡产生的类似"夫"的音响，吸气时长而强，呼气时短而弱。

支气管呼吸音：是空气通过气管、支气管产生的类似抬起舌头发"哈"的音响。在正常人喉部、胸骨上窝、胸骨上段两侧和肩胛间区能听到。如在其他肺区听到，就是病态。

（2）异常呼吸音：

干罗音：是空气通过狭窄的支气管腔产生的音响，表示支气管粘膜肿胀、粘稠分泌物附着、支气管痉挛。

湿罗音（水泡音）：是空气通过有稀薄分泌物的支气管和肺泡产

生的水泡破裂样音响。

胸膜摩擦音：是胸膜炎时表面粗糙的胸膜在呼吸时摩擦产生的音响，腋下易听到。

(3) 语音传导：让病人低调说"一"，在两侧对称部位听取语音传导，比较其强弱。减弱或增强都表示异常。

消 化 系 統

人每天都要吃东西，获得所需要的养料。吃进的食物，需要经过消化系统消化变成养料，才能吸收入血。

消化系统包括消化管和消化腺。

一、消 化 管

消化管从口腔开始，下接咽、食管、胃、小肠和大肠，最后到肛门（图1-12）。

口腔 它的上界是硬腭[音餓，è]和软腭，软腭后方中央有一突起叫悬雍垂（俗称小舌头）。悬雍垂两旁各有一个凹陷，内藏卵圆形的腭扁桃体。扁桃体易发炎。

舌是由横纹肌构成的一个很灵活的器官，它表面有许多乳头，能辨别各种味道。舌表面的细胞经常脱落，和唾液、食物碎屑混合在一起，形成舌苔。

咽、食管 咽位于鼻、口、喉的后面；食管通过颈、胸，穿过膈肌，进入腹腔，接胃的贲门。都是食物的通道。

胃 位于左上腹部，膈肌下面。胃与食管相接处称为贲门，胃的下端与十二指肠相接处称为幽门。幽门周围有肥厚的环形括約肌，称幽门括約肌，管理幽门的开闭。胃中层是平滑肌，痉挛收缩可引起胃痛。胃的内层（胃粘膜）有许多腺体，可分泌胃液，含有胃酸和胃蛋白酶，可帮助消化食物和杀菌。

小肠 上接胃，下连大肠，是消化管中最长的部分，分为十二指肠、空肠、迴肠三段。在小肠粘膜里有许多肠腺，能分泌肠液，帮助消化食物。在十二指肠中部有胆总管和胰腺管共同开口，胆汁和胰液经此流入十二指肠内。

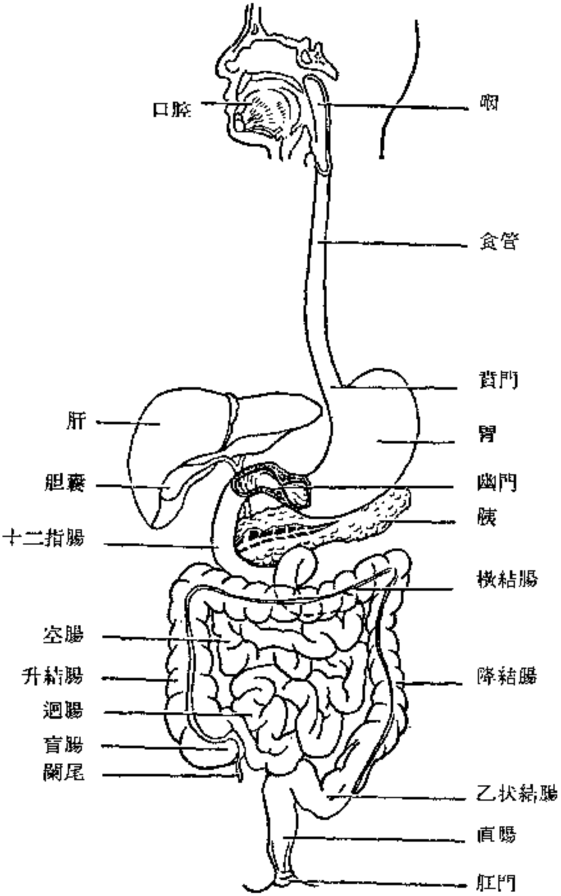


图 1-12 消化系統模式图

大肠 比小肠短而粗。分为盲肠、结肠（升结肠、横结肠、降结肠、乙状结肠）和直肠三部分。盲肠是大肠的起始部，位于右侧下腹部，它的末端有一条蚯蚓样的突起，称为阑尾。阑尾如果发炎，称为阑尾炎。直肠末端称为肛管，肛管出口称为肛门。肛管周围有括約

肌，管理肛门的开闭，肛门部手术时要注意避免损伤括約肌。

二、消 化 腺

消化腺除以上讲的胃腺和肠腺之外，还有唾液腺、肝和胰腺。消化腺分泌的消化液都进入消化管中。除肝脏分泌的胆汁外，所有消化液中都含有不同的消化酶，消化酶是人体内促进醣、蛋白质、脂肪分解的一种有特异性的物质。

唾液腺 在口腔周围有三对唾液腺。它们能分泌唾液(俗称口水，內含淀粉酶)，唾液经过排泄管流到口腔， 可以消化淀粉。 主要的唾液腺有腮腺，它位于耳的前下方。有一种传染病，可使腮腺肿、痛，称为流行性腮腺炎（痄[音炸，zhà]腮)。

肝和胆囊 肝脏位于右上腹部， 紧贴在膈肌下面， 分为左右两叶。肝下界基本与肋弓一致，成人肝脏一般摸不到（小儿在 2～3 岁以前，可在肋下触到)。肝是最大的消化腺， 分泌胆汁消化脂肪。 此外，它对于人体的代谢，营养物质的储存，有害毒物的分解处理等方面，都有非常重要的作用。

肝细胞分泌的胆汁，在肝內汇合集中，最后都流向肝管。肝管出肝后，与胆囊管合成胆总管。肝管、胆囊管和胆总管合称胆道。胆总管下行和胰腺管汇合，叫胆胰管，开口于十二指肠。开口处有环行的括約肌，叫胆胰管括約肌，它可控制胆汁、胰液向肠內排放。若消化管处在不消化时期（空腹时)，胆胰管括約肌收缩，肝细胞所分泌的胆汁由肝管通过胆囊管流入位于肝右叶下面的胆囊內，贮存和被浓缩。而当消化时，括約肌舒张，胆囊收缩，浓缩的胆汁经胆总管排入十二指肠，同时肝脏分泌的部分胆汁也直接流入十二指肠（图 1-13 和下页表)。

肝脏或胆道有病变时，胆汁不能正常代谢，胆汁中的胆色素(黄色)可以进入血內，在血內过多，皮肤、眼球巩膜等就会发黄，称为黄疸。

胰腺 在胃的后方，形状象牛舌头。它的分泌液叫胰液，经胆胰管流入十二指肠內，胰液有多种消化作用。胰腺还包含內分泌腺（胰岛)，产生胰岛素。

每日各种消化腺分泌的消化液总量可达 8000 毫升左右。若有病引

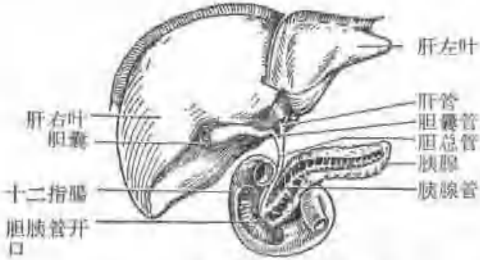
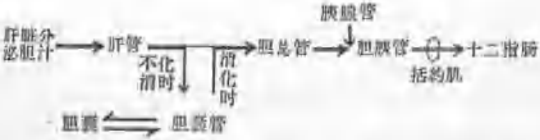


图 1-13 胆总管和胰腺管的开口



起剧烈呕吐或腹泻，大量消化液排出体外，人体的水分损失过多，就会发生缺水，引起严重的病状。

三、消化吸收过程

消化管各部分的活动是连续的，互相配合进行的。消化管的消化活动就是把食物由大块研磨成小块，并通过一系列的化学变化，使食物中的营养物质由复杂的结构转变为简单的成分，被吸收入血流的过程。一般所说的营养物质包括：醣类（主要来源是粮食中所含的淀粉和各种糖），最后都消化成葡萄糖被吸收和利用；蛋白质（蛋、豆、瘦肉中含量丰富）；脂肪（主要是动物脂肪和植物油）；无机盐（钠、氯、钾、钙、磷、铁等）；維生素；水。

消化过程是靠着消化管的运动和消化液的消化作用共同完成的。消化管的蠕动，能够磨碎食物，推进食物到消化管的下一部分，同时又起到搅拌作用，把消化液和磨碎的食物——食糜［音迷，mi］均匀混合，以充分发挥消化液的作用。

食物在口腔中被咀嚼，由唾液的淀粉酶初步消化后，经吞咽，通过食管入胃。食物在胃内进一步被磨碎，并经胃液（含有胃蛋白酶、

胃酸）消化后，通过幽门进入十二指肠。幽门括約肌的定期开闭，使胃内食物一部分一部分地进入十二指肠，以便于小肠对食糜充分地消化。幽门括約肌如有狭窄，则食糜的通过受阻碍而在胃内停留时间过长，发酵、产气，甚至引起呕吐。

胃只能吸收酒精和少量水分。大部分的营养物质和水是在小肠内消化吸收的。结肠主要吸收水和部分营养物质，并将食物残渣推向直肠，形成粪便，经肛门排出。营养物质经消化管吸收后入血，大部分在肝内加工、儲存，以备机体需要时动用。

四、腹　　膜

腹膜是衬在腹壁内面和内脏表面的薄膜。腹壁内面和脏器表面腹膜之间的空隙叫腹膜腔，内有少量液体以减少摩擦。腹膜具有丰富的血管和淋巴管，故吸收能力和滲透能力都很强。腹膜壁层有丰富的神经分布，在受到刺激时，除疼痛感觉外，还可引起腹壁紧张。

消化系統检查法

问诊　消化系统常见的病状：

(1) 腹痛：多见于消化器官平滑肌痉挛或腹壁受刺激。

(2) 反酸、嗳气、恶心、呕吐：多为胃部症状。

(3) 腹泻、便秘：腹泻是肠吸收障碍和蠕动加快的表现，多见于肠炎、消化不良等。

(4) 呕血、便血、黑便：表示消化管某部有急性或慢性出血。

望诊

(1) 黄疸：巩膜（眼白）和皮肤发黄，多见于肝、胆疾病。

(2) 正常腹部平坦，对称。膨隆，腹壁静脉曲张，出现胃肠蠕动波等，均为病态。

触诊　主要是检查腹部。病人仰卧，屈腿并放松腹壁，检查者站在右侧。触诊步驟应先浅表后深部，先上腹后下腹，先触无痛部位，后触疼痛部位。腹部的分区见图1-14。

(1) 腹壁：正常腹部软，无抵抗感。注意有无压痛、反跳痛及腹壁紧张等腹膜刺激症状。

(2) 肝、脾：正常成人肝脾触不到，触到时应注意其大小、硬度、压痛情况。

(3) 肿物：应注意其部位、大小、硬度、移动性等。

叩诊

(1) 肝浊音：上界正常在右锁骨中线上第6肋间，明显上升或下降或浊音消失都表示病态。腹部叩诊多为鼓音。

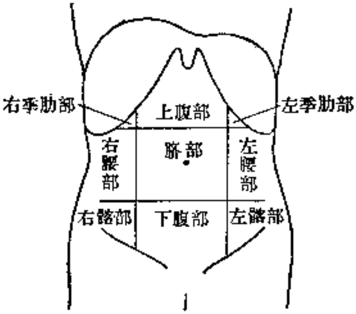


图 1-14 腹部的分区

(2) 移动性浊音：病人侧卧，叩诊上部为鼓音，下部为浊音，反侧卧后，又叩出同样的下部浊音，表示腹腔内有液体（腹水）。

听诊 用听诊器放在腹壁上可以听到儿里咕噜的声音，叫肠鸣音。肠管活动减弱时，肠鸣音低。当消化管平滑肌强烈收缩、痉挛（如胆道疾患、肠梗阻等)时，肠鸣音增强，产生腹痛。

泌 尿 系 統

体内新陈代谢产生的废物，大部分是通过泌尿系统随尿排出。正常人每日尿量約1000～1500毫升。

泌尿系统包括肾、输尿管、膀胱及尿道（图1-15)。肾左右各一个，位于腹腔后壁，脊柱两侧第十一胸椎到第三腰椎之间。肾的内侧是肾门，有肾动脉、肾静脉和输尿管出入。肾脏的表面为皮质，深部为髓质，髓质的深面接肾盂。肾盂和输尿管相连。输尿管左右各一，分别开口于膀胱的后外侧。膀胱是一个囊状的储尿器官，位于骨盆腔内直肠（或子宫）的前方。它的出口即是尿道的内口。男女尿道的形态不一样，男子尿道長而弯曲，穿过阴茎。女性尿道短而直，外口距阴道口和肛门很近，易发生尿路感染。

尿的生成 产生尿的基本单位叫肾单位。每个肾单位包括肾小球和肾小管两部分（图1-16)。肾小球位于肾的皮质，由丰富的毛细血

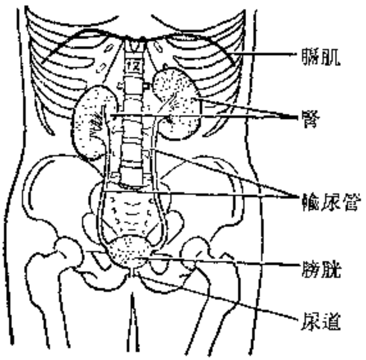


图 1-15 泌尿系统器官

管网组成，外面有肾小囊包绕，与肾小管相通。血液流过肾小球的毛细血管时，血浆中除蛋白质以外的成分可滤出到肾小囊中，叫做原尿。原尿流经肾小管时，其中的有用成分又被吸收入血，其余的变成尿液。尿由收集管集中到肾盂，经输尿管流往膀胱储存，到达一定量后，就产生尿意（想排小便的感觉），通过神经反射，膀胱收缩，经尿道将尿排出体外。

当肾脏有病时，引起肾小球毛细血管壁的渗透性增加，血浆中的蛋白质和血中的红细胞可透出到原尿中，就会出现蛋白尿和血尿。肾脏有严重损害时，体内代谢产物和多余的水分不能及时排出，可出现水肿及其他症状。

尿意的发生，主要来自膀胱的胀满。但当膀胱受刺激（如发炎），尿量不一定多，也会引起尿意，就可出现尿频、尿急等症状。

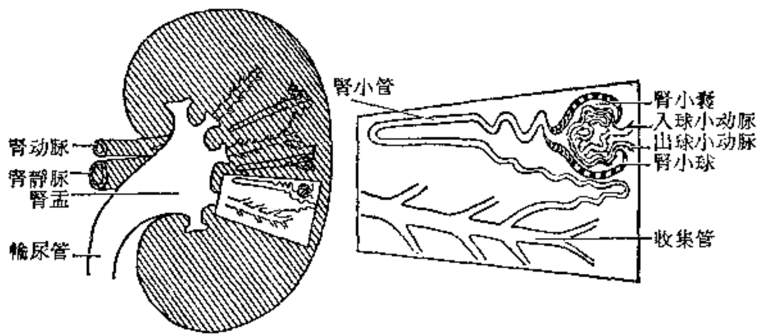


图 1-16 肾的构造（模式图）

泌尿系統检查法

问诊 泌尿系统疾病的常见病状有：

（1）肾区疼痛和膀胱区痛。

（2）尿频、尿急、尿痛、血尿、脓尿及排尿困难等。

（3）少尿和无尿表示肾生成尿少或不生成尿。

检查

（1）水肿：肾病水肿特点是开始于眼睑、颜面，逐渐波及全身。

（2）测血压：肾炎时可引起血压增高。

（3）肾区有无膨隆、压痛、叩痛。正常肾脏通常触不到。

（4）膀胱膨满、尿潴〔音猪，zhū〕留时在耻骨联合上触到球形膨大的膀胱，叩诊浊音。

（5）尿的观察及化验有无蛋白尿和血尿等。

神 經 系 統

神经系统包括中枢神经（脑、脊髓），周围神经（脑神经、脊神经、植物神经）。脑、脊髓是神经中枢，管理和调节全身活动。脑神经、脊神经和植物神经是由神经中枢分布到全身各部分的联络网。神经有向中枢反映器官活动情况和外界各种刺激的，称为传入神经（感觉神经）；有从中枢发出、改变器官活动状态（加强或减弱）的，叫传出神经（运动神经）。神经中枢根据传入神经所反映的情况，进行分析综合，然后发出信号，通过传出神经的传递，调节有关器官的活动。这种活动过程，称为神经反射。反射活动是神经系统调节人体活动的基本过程。

外界刺激器官活动 —传入神經→ 神經中樞 —传出神經→ 有关器官反应活动

健康人体的活动，在神经系统的统一调节下，能很好的互相协作配合。神经系统若发生疾病和损伤，人体的正常活动就会发生障碍。

一、中枢神經系統

中枢神经系统（图 1-17）包括脑和脊髓两部分。脑位于颅腔内，

可分为大脑、小脑和脑干（图 1-18）。

大脑 分左右两半球。外层称为大脑皮层，人的思維和种种生理活动，都受它统一指挥和管理。大脑皮层有许多分工不同的中枢，如运动中枢、感觉中枢、语言中枢、视中枢、听中枢等。一侧大脑半球支配对侧身体的感觉和运动。所以一侧大脑疾病时，可引起对侧身体的运动或感觉障碍，称为偏瘫。大脑内部有空腔，叫脑室，是产生和容纳脑脊髓液的地方。

小脑 位于大脑半球后下方，有維持身体平衡和协调动作的作用。

脑干 也在大脑半球下面，其下端称延髓。延髓内有调节心跳、呼吸、血压等重要作用的中枢。如延髓受伤，心跳、呼吸可以停止，引起人的死亡。

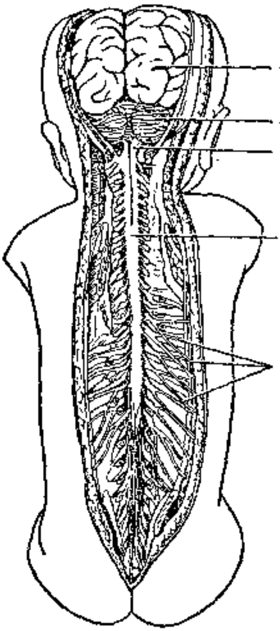


图 1-17 中樞神經系统

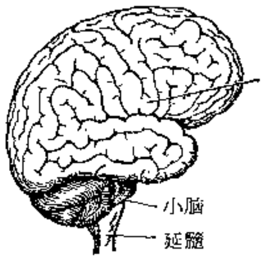


图 1-18 大脑外侧面

脊髓 位于脊柱的椎管里，上面和延髓相连。它是各器官和大脑联系的重要通道。脊髓还是四肢、躯干的感觉、运动、排尿、排便的低级中枢。如椎骨骨折或脊髓受到压迫时，在损伤以下部位可出现感觉、运动的障碍（截瘫和排尿、排便障碍等）。

二、周围神经

脑神经 是由脑发出的神经，有 12 对，各有不同的作用。如嗅神经管理嗅觉，视神经管理视觉，听神经管理听觉和平衡，面神经管理面部表情肌运动，三叉神经管理面部感觉，迷走神经管理內脏活动，等等。

脊神经 是由脊髓两侧发出的神经。它们管理躯干和四肢的皮肤感觉和肌肉运动。如分布到胸壁的肋间神经，分布到上肢的桡神经、正中神经、尺神经，分布到下肢的股神经和坐骨神经（图 1-19）等等。

植物神经 是管理內脏器官（如心、肺、胃、肠等）和血管活动的神经。植物神经可分为交感神经和副交感神经两种。这两种神经常分布到同一个器官，两者的作用往往是互相对抗的。例如：交感神经使心跳加快，而副交感神经则使心跳变慢。但在中枢神经的调节下，两种神经能够达到对立的统一，使器官保持正常的活动。

植物神经的主要作用

交感神經	副交感神經
心跳加快，收縮力加强 支气管平滑肌松弛 胃肠运动和消化腺分泌减弱 瞳孔扩大	心跳减慢，收縮力减弱 支气管平滑肌收縮 胃肠运动和消化腺分泌加强 瞳孔縮小

三、脑脊髓膜和脑脊髓液

在脑和脊髓的表面包着三层膜，叫脑脊髓膜。脑脊髓膜如果发炎，就叫脑脊髓膜炎。

脑脊髓膜的中层和內层之间的空隙，循环着由脑室分泌的脑脊髓液。它的成分和淋巴液相似，最后回流入静脉。脑脊髓液供应脑、脊髓营养物质，运走代谢产物，并能保护脑和脊髓免受外力震荡的影响。

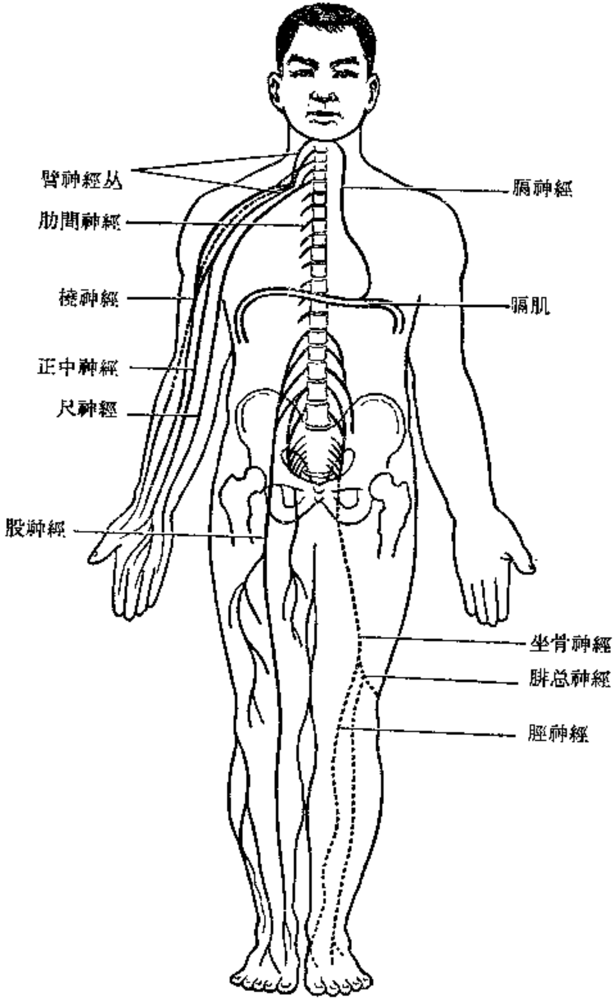


图 1-19 脊神經的分布（示意图）

神經系統检查法

1．了解智力、言语、意识。意识障碍时，轻者朦朧、嗜睡；重者昏迷，表现人事不省，尿便失禁，生理反射消失。

2．有无头痛、呕吐、視力障碍、耳鸣、耳聋，面部感觉或运动障碍等脑神经或脑疾病症状。

3．身体各部感觉及肢体力量有无减退或消失。偏瘫见于脑疾病，截瘫见于脊髓疾病，某一肢体瘫多为周圍神经疾病。

4．检查反射。

(1) 瞳孔对光反射：正常的反射是突然睜眼或用手电照眼，瞳孔立即缩小。两側瞳孔等大。瞳孔反应不正常，多表示严重情况，如脑外伤、脑病及中毒等。

(2) 膝腱反射：下肢放松，小腿弯曲成直角，叩击膝腱时小腿伸展为正常，反射消失、亢进或不对称均为异常。

(3) 划足底反射（废用"巴宾斯基氏征"）：以尖物在足底沿外側自足跟向前划，正常时各趾向足底方向屈曲，为阴性。如拇趾背屈，另四趾展开，为阳性，见于脑或脊髓上段疾病。

(4) 脑膜刺激征：主要是指：①颈强直；②屈髋直腿试验（废用"克尼格氏征"），病人仰臥，将其一側髋、膝屈曲成直角，再向上伸直小腿，如小腿肚疼痛幷有抵抗，为阳性。脑膜刺激症状常见于流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎等疾病。

內分泌系統

人体内有一类腺体，它们分泌的物质都进入血液，被运送到全身各处，这类腺体叫做内分泌腺，所分泌的物质叫做激素。激素在血中的量很小，但对人体的代谢、生长发育、生殖及许多重要生理机能都有强大的调节作用。内分泌腺是在神经系統调节下进行活动的。人体内主要的内分泌腺有：脑下垂体、甲状腺、甲状旁腺、肾上腺、胰岛、睾丸、卵巢等。

甲状腺 位于喉和气管的前方，它以碘为原料，制造、分泌甲状腺素，有提高全身新陈代谢的作用。患甲状腺机能亢进的病人，甲状

腺素分泌过多，出现代谢增高、心跳加快、情绪急躁、体重减轻等一系列病状。某些山区居民，由于食物中缺碘，甲状腺就加强工作以弥补不足，引起甲状腺肿大，称为地方性甲状腺肿。甲状腺的活动随中枢神经系统的机能状态而改变，当大脑皮层兴奋时，甲状腺活动即增加；反之，甲状腺活动即减低。

肾上腺 位于肾上方，分泌许多种激素，其中肾上腺素的作用，能使心跳加快、加强，血管收缩，血压升高。当中枢神经系统兴奋时，也能使肾上腺分泌的肾上腺素量增加。

胰岛 位于胰腺内，分泌胰岛素，与人体利用糖类有关。临床上有一种叫糖尿病的疾病，就是由于胰岛素分泌不足引起的。

生 殖 系 统

生殖系统的主要机能是产生生殖细胞（精子、卵细胞），繁殖新个体和分泌男、女性激素。

一、男性生殖器

包括睾丸、附睾、输精管、精囊腺、前列腺和阴茎（图1-20）。

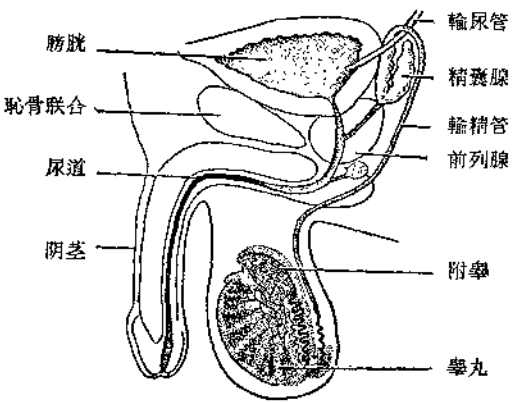


图 1-20 男性生殖系统

睾丸 呈卵圆形，左右各一，位于阴囊内，有产生精子和分泌男

性激素的作用。

附睾 位于睾丸后上方，与输精管相通，有输送和贮藏精子的作用。

输精管 左右各一条，为由附睾通向尿道的长管。输精管在阴囊上方的一段紧贴皮下，可摸到，绝育手术就在此进行。

精囊腺和前列腺 精囊腺位于膀胱后方。前列腺在膀胱的下方，直肠前面，大小如栗子，尿道从其中通过。精囊腺和前列腺能分泌粘液，和睾丸分泌的精子构成精液。有些老年人，前列腺常增大，压迫尿道，可引起排尿困难。

阴茎和尿道 尿道是排尿和排精液的管道，长约20厘米。起于膀胱，穿过前列腺和全阴茎。阴茎的皮肤较松，在阴茎头处反折过来，称为包皮。包皮过长不能翻转时，形成包茎，需手术切除。

二、女性生殖器

女性生殖器官包括卵巢、输卵管、子宫、阴道和外阴部（图1-21）。

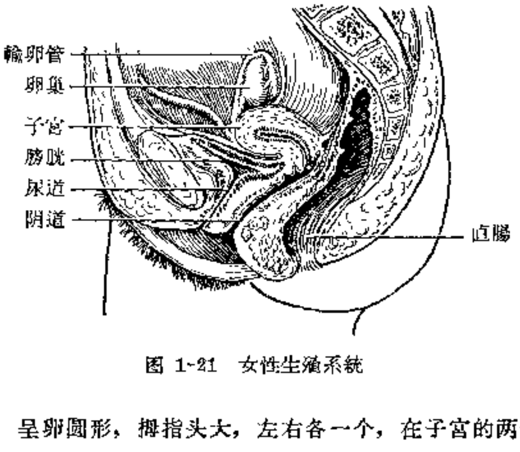


图 1-21 女性生殖系统

卵巢 呈卵圆形，拇指头大，左右各一个，在子宫的两侧，输卵管的下方。卵巢可产生卵细胞和分泌女性激素。

输卵管 左右各一条，从子宫上端向两外侧伸延，末端呈漏斗

状，在卵巢附近开口于腹腔。输卵管是输送卵巢排出的卵细胞入子宫腔的管道。如输卵管腔堵塞，就会影响受孕。女性的绝育手术，就是把输卵管结扎，以阻断精子与卵细胞相遇（图1-22）。

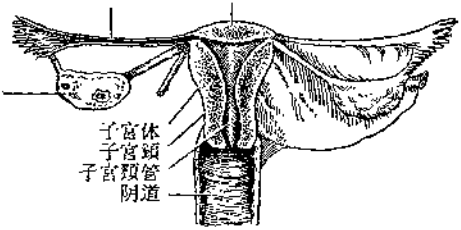


图 1-22　女性内生殖器

子宫　位于骨盆腔内，壁很厚，主要由平滑肌构成，有很大的伸缩性，是胎儿生长发育的地方。子宫外形象一个倒放的梨，圆而大的上端叫子宫底，两侧角有输卵管开口；中间部，叫子宫体，它的内腔衬有粘膜，称为子宫内膜；下部呈圆柱状，为子宫颈，内有子宫颈管，开口于阴道。

在正常情况下，子宫位于盆腔内膀胱和直肠之间，子宫体稍向前倾。这种正常位置主要是受到骨盆底部的肌肉、筋膜和附着在子宫前、后、左、右的一些韧带所維持。如果它们发生损伤或松弛，就会引起子宫变位（如子宫脱垂）。

阴道　是由平滑肌构成的伸展性很大的管道，下端开口于外阴部。在阴道口和肛门之间的部分，叫会阴。分娩时保护不好，常发生撕裂伤。

外阴部　包括大阴唇、小阴唇、阴蒂、尿道开口和阴道开口。

乳房　乳房是哺乳的器官，不是生殖器官，但与生殖机能密切相关。女子到了青春期，乳房开始发育。乳房主要由乳腺组成。它由分泌乳汁的乳腺叶和输送乳汁的输乳管构成。输乳管以乳头为中心，呈放射状走行，外科切口时，应和它的走行方向平行，才不至损伤输乳管。

第三节 脏腑和经络

脏腑和经络是祖国医学对人体结构和机能的认识，脏腑经络学说是祖国医学的基本理论之一。

脏腑是指内脏，有五脏六腑。五脏即心(附有心包络)、肝、脾、肺、肾。六腑即胆、胃、大肠、小肠、膀胱、三焦。这些内脏的概念，一部分与现代医学的解剖概念相似，但有很多不同的意义。

经络是一个网络全身的系统。经是这个系统的主干，络是经的分支，好比河流有主道，还有许多支流。经络在人体有一定的走向。

脏 腑

(一) 五脏

1．心

(1) "心主血脉"，是指主持血液和循环。在这个意义上，心与解剖上的心脏相同。祖国医学认为，观察心的盛衰，除了脉搏的变化，还可以从面部色泽("其华在面")和舌的变化("心开窍[音俏,qiào]于舌")来判断。

(2) "心主神志"，是指与精神意识和思维活动有密切关系。在这个意义上，就是"认真用心"的心。如精神失常、失眠多梦、心慌恐惧等，都属于心的病症。

2．肝

(1) "肝藏血"，是指储藏血液和其他某些物质。在这个意义上，肝与解剖上的肝脏相似。祖国医学还认为，"肝主目"，肝病可引起看物不清、眼发干等；"肝主筋"，肝血不调可引起抽筋、关节屈伸不利等(可见肝藏血不限于血液)。

(2) 祖国医学认为，精神情志因素，如急躁易怒、抑郁不舒畅等，都能影响肝的正常功能。

3．脾

(1) "脾主运化"。祖国医学认为，脾主管食物的消化吸收，把食物中的精华，向上输送到肺，以营养全身；另外，脾还能运化水湿。脾有病，就会出现面黄肌瘦、食欲不振、腹胀腹泻、浮肿等。

（2）“脾统血”，是指调节控制血液。脾有病，不能统制血液，就可能出现月经过多、阴道流血、大便下血等。

在祖国医学实践中，相当重视脾的运化和统血机能，治疗许多疾病都要考虑发挥脾的作用。从现代医学来看，脾显然不是解剖上的脾脏，而是包含消化系统和某些内分泌的活动。

4．肺

“肺主气”，一是指肺主管呼吸，肺有病可引起咳嗽、气喘、胸闷痛等；又是指肺与正气有关（正气大致有两种含义，一是指人体的机能活动和抗病能力；二是指维持人的生命的一种极其重要的物质）。祖国医学认为，说话的声气、鼻的闻味和通气（“肺开窍于鼻”），以及皮肤出汗和全身防御风寒（“肺主皮毛”）的机能，都与肺有关。而且，肺有病，除了气上逆发生咳嗽、气喘等外，还会影响水的正常运输、散发，引起小便少和水肿。可见，肺既包含解剖上的肺和呼吸活动，又包含人体某些内在联系和调节机能。因此，在临床上也经常运用肺的作用。

5．肾

（1）“肾主藏精”。精是指人体生命活动的基本物质（从食物精华取得），又指生殖能力。

（2）“肾主水”，是指管理泌尿机能。

（3）“肾主髓”，脑为髓海。肾有病会影响脑（泛指神经系统而言）。

总起来说，祖国医学认为，肾主管人体所必需的精气。精气能决定一系列重要活动，如精神、耳目（“肾开窍于耳”）、筋骨（“肾主骨”）、生殖器和膀胱（“肾开窍于二阴”）等多方面的活动。从现代医学来看，肾包含着泌尿、生殖以及某些神经内分泌的机能。

在祖国医学实践中，十分重视肾的作用。如耳聋、耳鸣、牙齿松动、肢体无力、腰酸痛、健忘、失眠、小便异常、水肿、阳萎、不孕等等，都应从肾的方面去治疗。

（二）六腑

六腑中，胃、膀胱、大肠三者基本上与解剖上的胃、膀胱、大肠相似。胆虽然也指胆囊，但有“胆大心细”的胆的含义。小肠虽然也指

解剖上的小肠，但还含有泌尿器的意思（小肠分清浊，将浊水输向膀胱）。三焦一般是泛指脏腑，分为上、中、下三部分。

祖国医学认为，五脏与六腑是表里的关系：心一小肠，肝一胆，脾一胃，肺一大肠，肾一膀胱，心包络一三焦。在实践中，肝胆、脾胃经常联系起来考虑。肺和大肠的关系，通常是从肺有病而出现大肠症状（如便秘、腹泻等）来认识的。膀胱和肾的联系是很明显的。

（三）脏腑之间的关系

祖国医学十分重视脏腑之间的关系。这种关系的实践意义，在于指导治疗疾病。一种脏腑有病，不但要治疗这种脏腑病，还要考虑到它对其他脏腑的影响，以及如何通过其他有关的脏腑，达到治疗这种脏腑病的目的。例如：肺有病，除了本身有一系列症状，常影响脾和心，可引起胃口不好、消化不正常，以及心悸不宁等；有时还影响肝和肾，可引起胸胁胀痛、肝肿大、水肿等。所以治疗上就要照顾几种脏腑的变化，还可通过加强脾的作用（补脾益气）来促进对肺病的治疗。

經　　絡

经络学说是祖国医学的基本理论之一。针灸的穴位除奇穴、新穴外，都在经络循行路线上。

经络是内通脏腑，外达四肢，联络全身，运行气血的通路。所以在人体一处针灸，能够起到远处的治疗作用。祖国医学认为，气血的正常运行是非常重要的，针灸可促使经脉疏通，有利于气血正常运行。

主要的经脉有 14 条，以各种脏腑为名的有 12 条，再加督脉和任脉（图1-23～36）。针灸就是在经脉穴位上针刺或用艾灸，治疗经脉所属的脏腑，和经脉所经过的部位的病症。十四经的起止循行和主治病症如下表：

經脉	起止循行	主治
肺經 (图 1-23)	胸→肩（前）內側→上肢（前）橈側→拇指橈側端	胸、肺、咽喉疾病，神志病
大腸經 (图 1-24)	第二指內側端→上肢背面橈側→肩、頸→鼻旁	头面五官、齿、腸、腹部疾病，热病等
胃經 (图 1-25)	眼下→顴→繞口唇→下頜→頸→胸腹→下肢外面前緣→第二趾端	头面、口齿、咽喉、胃腸疾病，癱瘓痿痹，热病，神志病等
脾經 (图 1-26)	拇趾內側端→小腿內面中綫→大腿內面前緣→腹→胸外側	腹部、胃腸、泌尿生殖器疾病等
心經 (图 1-27)	心中→腋中→上肢（前）尺側→小指端	胸胁、心、神志病，热病等
小腸經 (图 1-28)	小指尺側端→上肢尺側緣→过肩→頸面→耳前	聋啞、头面五官疾病、热病、神志病等
膀胱經 (图 1-29)	內眼角→头頂→脊柱兩側→下肢后面→繞外踝→小趾外側端	头面、五官、腰腿部、泌尿生殖疾病，热病等
腎經 (图 1-30)	足心→下肢內面后緣→腹→胸內側	腹、泌尿生殖器、喉部疾病等
心包經 (图 1-31)	胸中→乳外側→上肢前面正中→中指尖端	心、胸疾病，神志病，胃病以及肘臂痛等
三焦經 (图 1-32)	第四指端尺側→上肢背面正中→过肩→頸、耳后→眉梢	聋啞、头面五官疾病、热病、胸胁疾病以及臂肘痛等
胆經 (图 1-33)	外眼角→顳→繞耳后→頸、肩→胸胁→臀部外側→下肢外面中綫→第四趾端	头面、五官、胸胁、股膝部疾病等
肝經 (图 1-34)	拇趾端外側→小腿內面前緣→大腿內面中綫→繞外阴→腹→胁下	泌尿生殖器、肝胆疾病等
任脉 (图 1-35)	会阴→腹胸前中綫→頸喉→下唇齿	胸腹部、泌尿生殖器疾病等
督脉 (图 1-36)	尾骨下→腰背中綫→项后→头頂→上唇齿	热病、神經病、神志病、泌尿生殖器疾病等

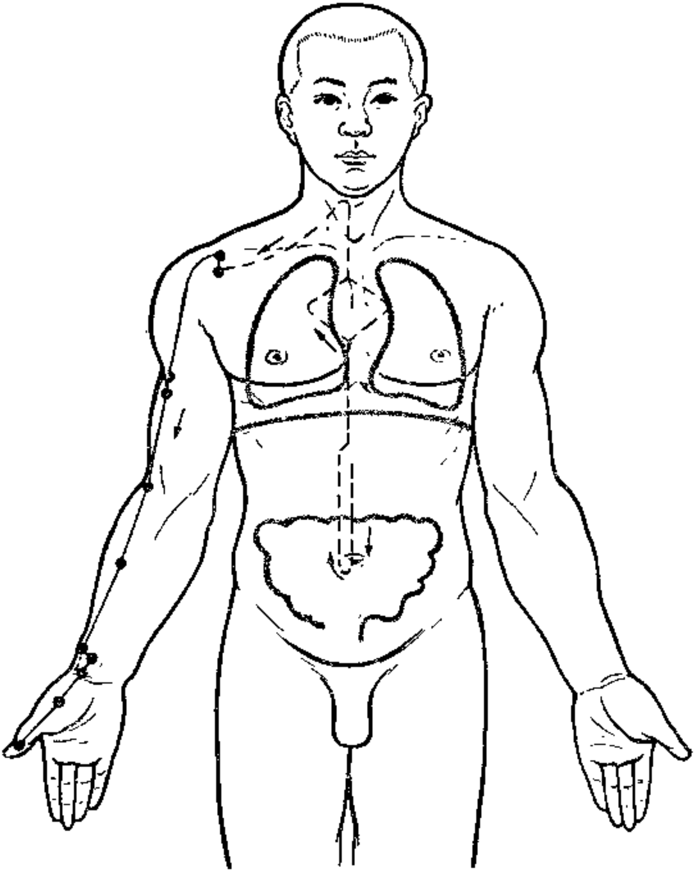


图 1-23 肺經

注：实綫为經絡在体表循行綫，
点綫为經絡在体內循行綫，
圓点为經絡穴位。

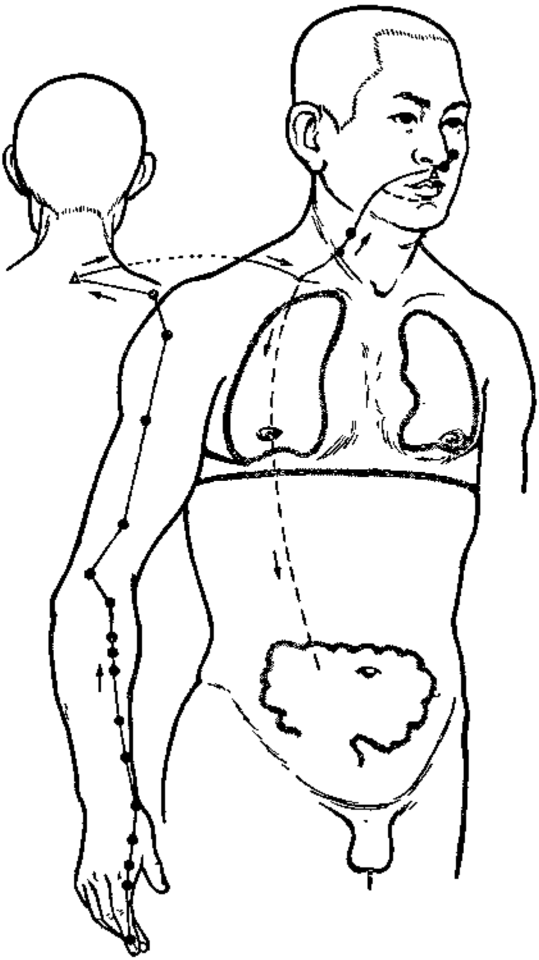


图 1-24　大腸經

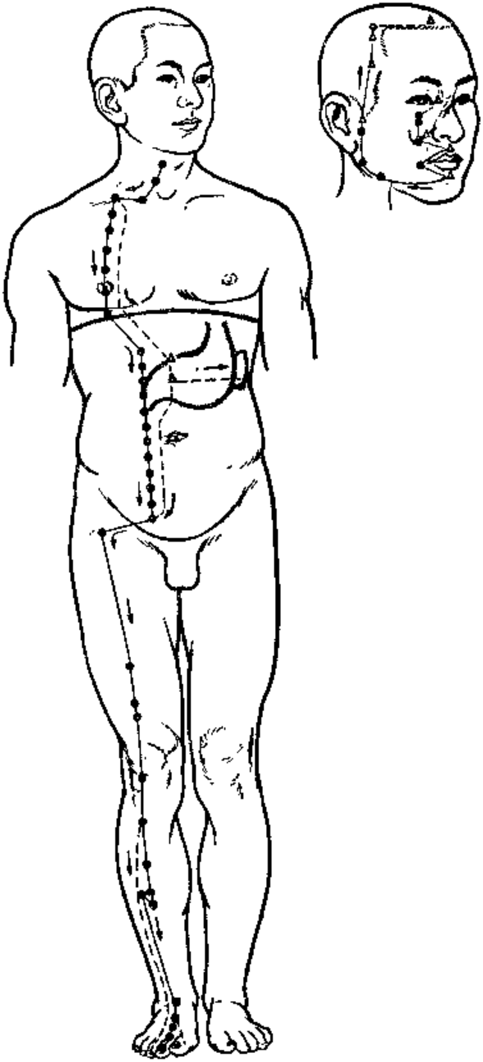


图 1-25　胃經



图 1-26 脾經

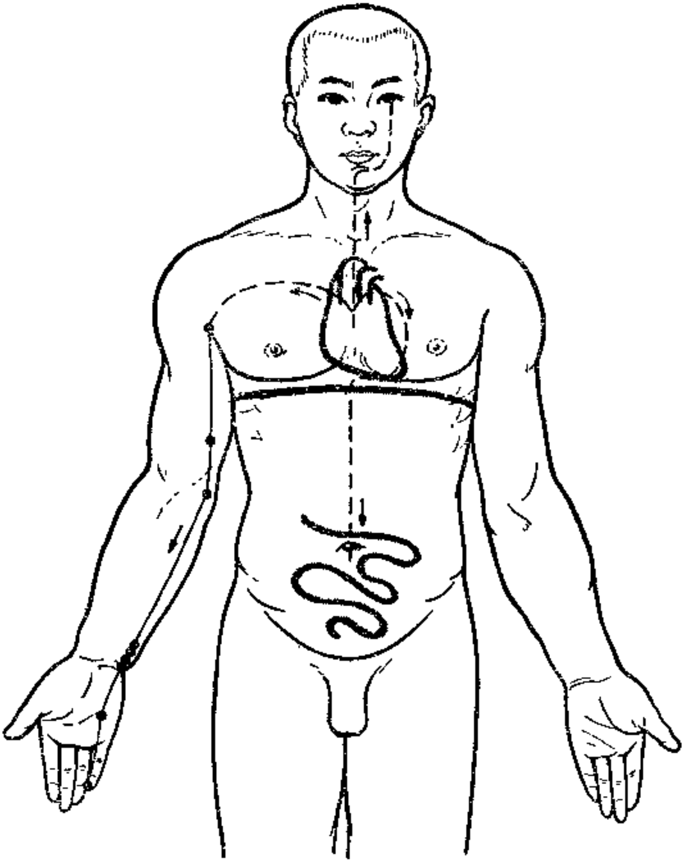


图 1-27 心經

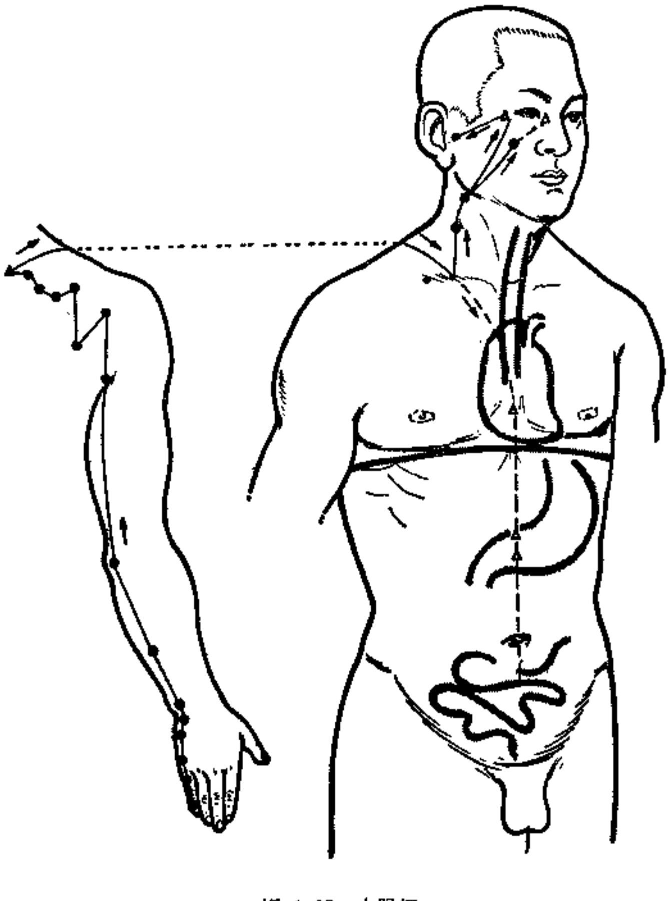


图 1-28 小腸經

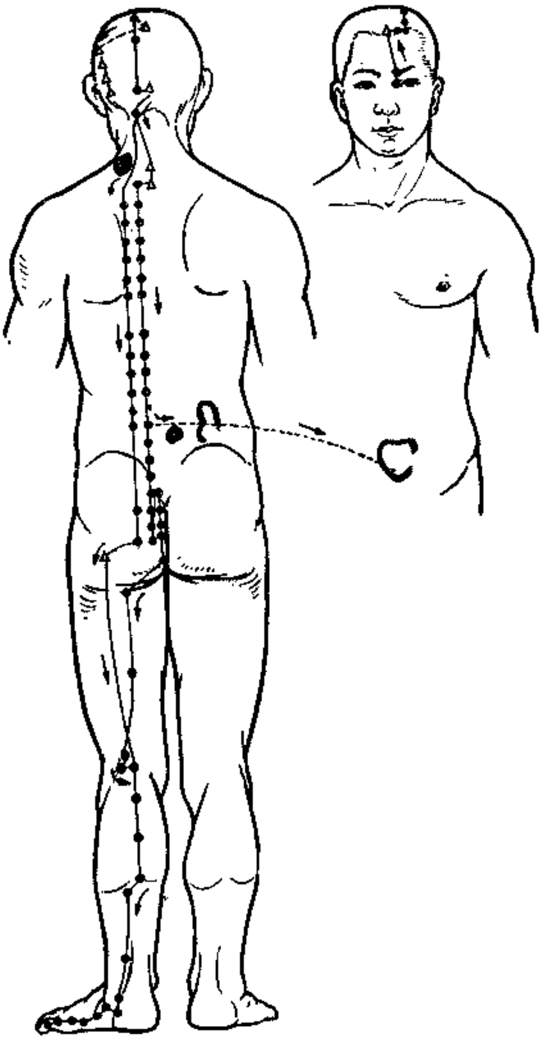


图 1-29 膀胱經

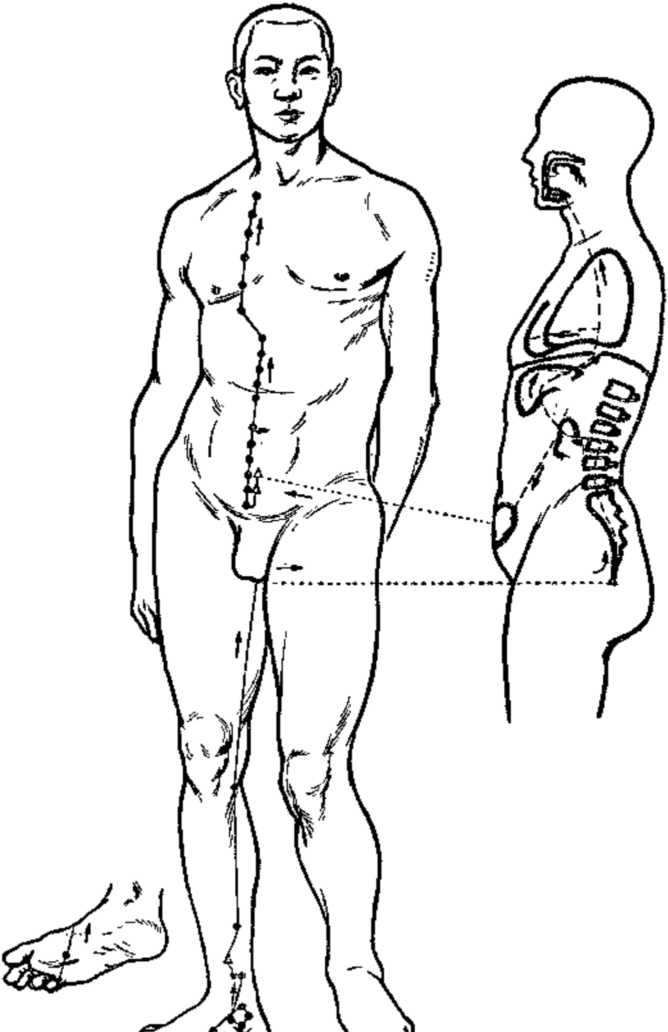


图 1-30　肾經

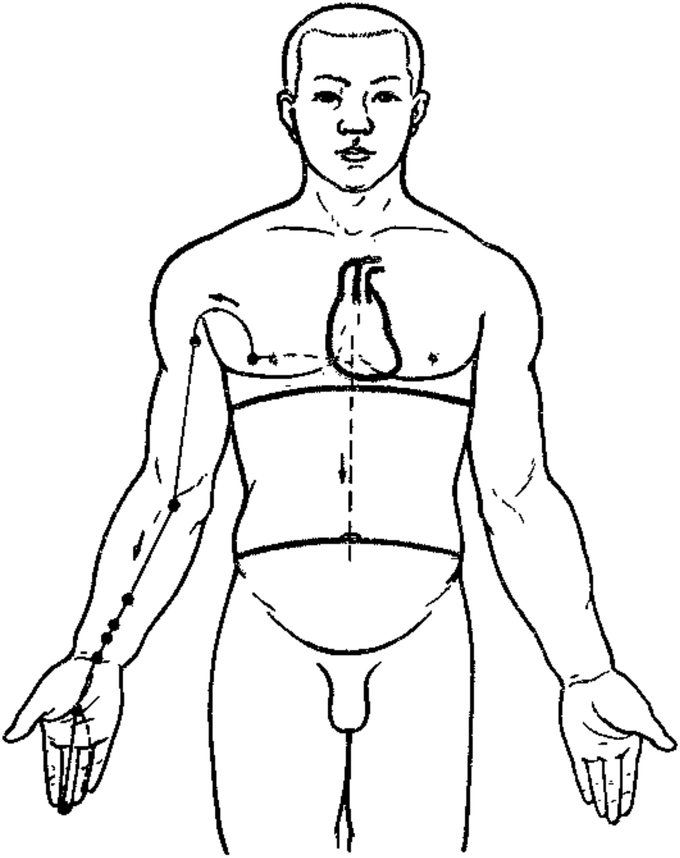
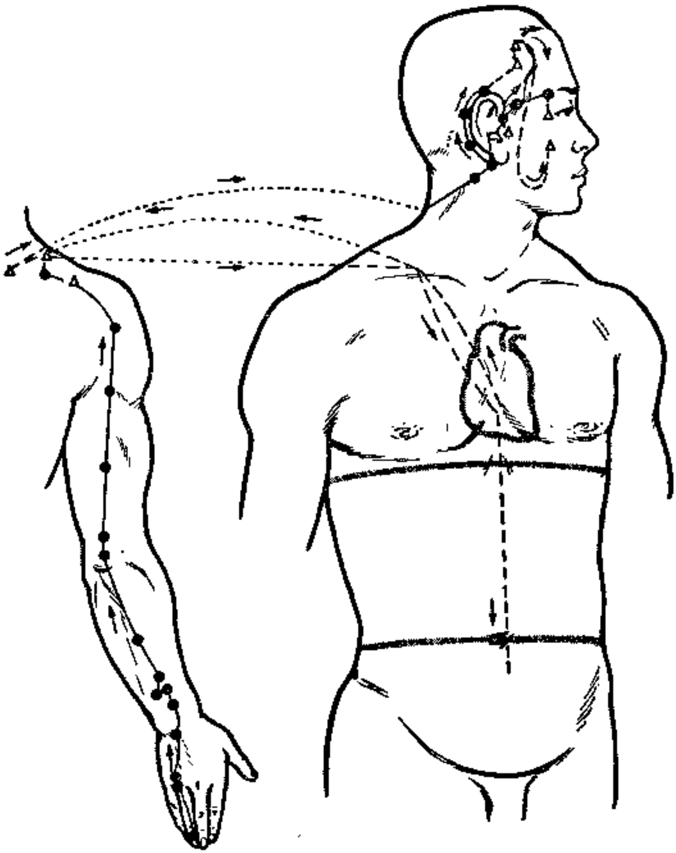


图 1-31 心包經


图 1-32　三焦經

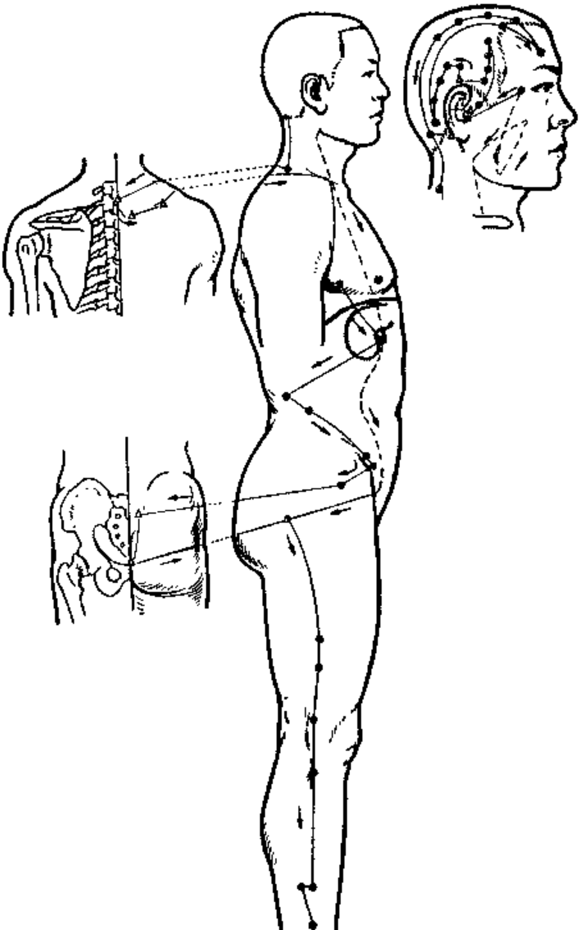


图 1-33 胆經

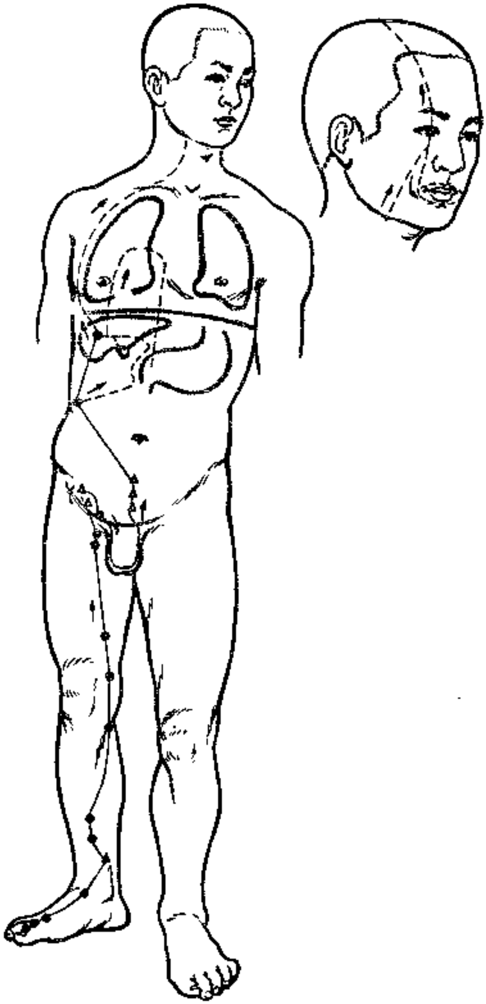


图 1-34 肝經

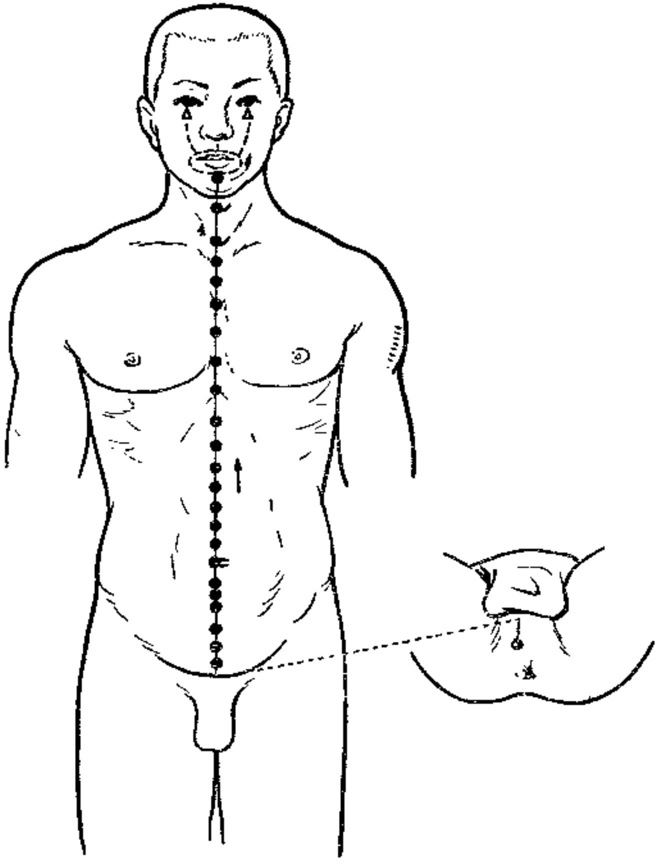


图 1-35 任脉

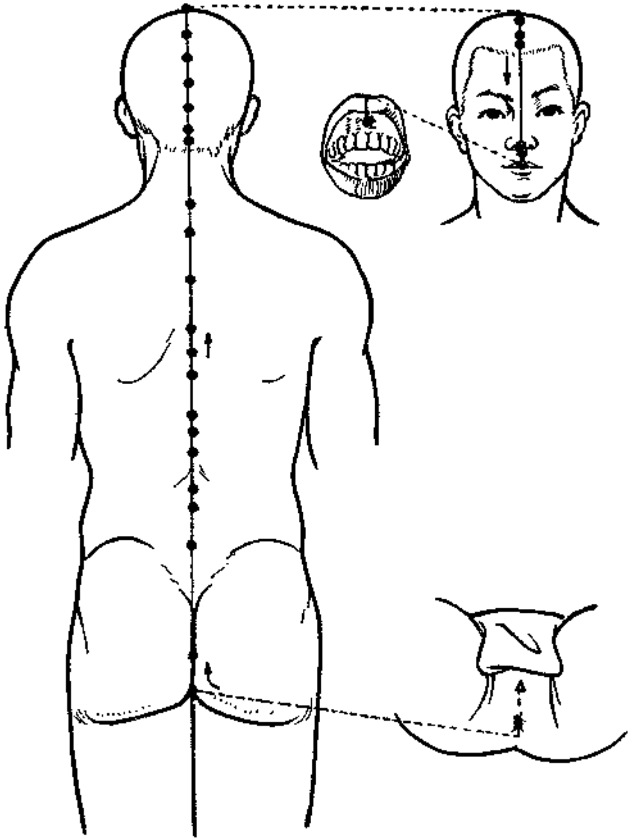


图 1-36　督脉

第二章　疾病的发生和变化

第一节　疾病的发生

要认识疾病，应当对疾病进行调查研究。

以感冒（伤风）为例：许多人都知道，感冒就是受风寒后，发生鼻塞流涕、头痛、发热、周身不适等。但是，要想防治感冒，就需要对它有比较深入的认识，要经过比较深入的调查研究。

感冒是在某种病菌侵入人体后发生的。感冒病菌平常就可能在人体鼻咽等处，或在空气中。但是，呼吸道有防御病菌侵入体内的机能，因此并不生病。换句话說，人体平日就经常同病菌作斗爭，而且保持着健康。一旦受到风寒，大多数人仍能保持防御机能，健康照常。有的人体质较弱，或原来有慢性病，受风寒后防御机能降低，病菌就乘机侵入体内。发病后，人体与病菌展开了新的斗爭。在鼻咽局部的斗爭表现为鼻塞流涕等，全身反应为头痛、发热等。一般经过三、五天，人体内增强了克服病菌的能力，感冒就好了。如果喝生姜红糖湯等，出一身汗，感冒常能更快地消除。

从上述感冒的经过，可以认识下列几点：

1．疾病是人体防御机能与致病因素的矛盾斗爭。斗爭双方力量的对比，决定了疾病的发生和发展变化。

2．当人体防御机能降低，或致病因素超过防御机能时，就发生疾病，或者疾病要加重。

3．当人体防御机能较强，胜过致病因素时，人体就不得病，或者得了病也容易治好。

因此，预防和治疗疾病，必须从增强人体防御机能和消除致病因素两个方面着手，而且应当把增强人体防御机能放在第一位。

人体防御机能

人体防御机能含意很广泛。平日常见的许多反应，如嗅到刺激性气体时打喷嚏，遇到寒冷时起“鸡皮疙瘩”等等，都是防御机能的表现。人体各系统、各器官都有防御机能。

关于防病机能（抵抗力），以呼吸道对病菌的防御为例，呼吸道粘膜细胞不断地新陈代谢，保持着旺盛的机能，分泌粘液，可起“清洁”作用；气管粘膜有一种推移排出它的表面物质（如痰）的能力；遇到病菌刺激时，粘膜还能渗出白细胞，以消灭病菌；如稍受损伤，粘膜还有新生修复的作用。这样，感冒病菌即使在鼻咽部，却不能伤害人体。

以上仅仅說明了呼吸道粘膜的局部防御机能。人体是一个整体，各个部分相互密切联系着。某一部分的防御机能，不但是由它本身的结构和机能产生的，而且和其他部分、和全身都有关联。因此，总的来看，人体强壮，防病机能也强；人体虚弱，防病机能也弱。

人体需要有适当的营养、休息、防护等，这是人所共知的。然而，单靠这些方面的条件，不可能使体质强壮，防病机能增强。容易得感冒的人，不可能单靠营养、休息和常戴口罩的办法预防感冒。要想达到预防目的，主要还在于通过鍛炼（例如经常用凉水洗脸、擦澡和参加游泳活动等），以增强体力和对风寒的抵抗力；如本来有慢性病，就应先治疗慢性病，在慢性病得到控制的基础上进行鍛炼。比如海员、渔民以及其他经常遇风寒的劳动者，很少发生感冒。

可见，提高防御机能要靠积极鍛炼。人们在艰苦环境下鍛炼，一方面能够坚强革命意志，一方面能够增强体力，也就增强了防病机能。

致　病　因　素

疾病的原因常常是多方面的。在旧社会和帝、修、反统治的国家里，劳动人民受到重重压迫和剝削，饥寒交迫，生活在水深火热之中。在那种吃人的社会制度下，疾病瘟疫，劳累伤害，造成多少劳动人民家破人亡！在我们这个无产阶级专政的社会主义国家里，人民当

家作主人，生活一天比一天美好。伟大领袖毛主席最关心劳动人民的健康，亲自制订了党的卫生工作方针，领导全国人民开展防病治病，疾病年年减少，人民身体愈来愈壮实。特别是无产阶级文化大革命以来，在毛主席的无产阶级卫生路线指引下，贫下中农掌了农村医疗卫生大权。毛主席关于“**把医疗卫生工作的重点放到农村去**”的光辉指示全面贯彻落实，农村合作医疗制度蓬勃发展，广大农村的卫生面貌发生了巨大的变化，劳动人民的健康更加有了保障。两种情景的对比足以证明：一切剥削制度是劳动人民最广泛的发病原因，而无产阶级专政下的社会主义制度是劳动人民健康的根本保证。

常见的致病因素如下。

1. **微生物和寄生虫** 微生物是必须用显微鏡放大几百倍、上千倍才能看清的生物，如细菌（球菌、杆菌等）（图 2-1）、真菌、螺旋体、立克次小体等，还有更为微小的生物，如病毒。寄生虫是低等动物，其中一部分也要用显微鏡才能看清，如阿米巴、疟原虫等（图 2-2）。致病的微生物和寄生虫通称病原体。



图 2-1 細菌（示意图）

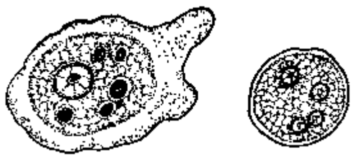


图 2-2 阿米巴（示意图）

微生物和寄生虫侵入人体，叫感染。它们可能在人体内繁殖，又可能在人群之间传播疾病，叫传染。它们可引起许多疾病，通常可分为四类：（1）急性传染病，如麻疹（出疹子）、痢疾等；（2）慢性传染病，如结核病（痨病）等；（3）寄生虫病，如肠蛔虫病、瘧疾等；（4）化脓性感染，如疖（疔）等。

上面已說过，人体遇到微生物和寄生虫，不一定都生病，要看人体抵抗力与它们之间哪方面占优势而定。对于微生物，人体可以产生一种特殊抵抗力，叫免疫力。例如，种过牛痘，人体就产生一种足以预防天花的免疫力。

2. **损伤** 外伤如跌打损伤、烧伤（烫伤）、冻伤、枪炮伤、触电、虫兽咬伤等；人体本身运动过激或不协调也可引起损伤，如肌肉劳损、关节扭伤等。各种损伤的共同点是破坏人体的结构，影响生理机能。

3. **毒物** 通常所說的毒物是指某些化学物，如农药、煤气、工业生产中的化学物等，还有一部分医用药物。这类物质处理得不当，可使人体中毒。细菌感染产生的毒素，毒蛇咬伤时进入人体的蛇毒，也可引起中毒。某些病时，体內的代谢产物也可引起中毒，如肾不能分泌尿时，体內废料过多，会引起尿中毒（尿毒症）。

4. **气候和环境的变化** 例如，人在暑伏天发生中暑，在寒冷、潮湿的条件下发生腰腿痛，平原地区的人初到西北高原地带发生“高山反应”。这类病与人体体质较差，或者不能适应环境变化有关。

5. **生活因素** 饮食失调（过饱、饥餓、偏食、缺水）、长期不活动、劳累过度以及不正常的生活情况（如酗[音序，xù]酒）等，都可能引起疾病。

6. **神经精神因素** 感觉、情绪、思虑等变化，在某些人可引起大脑机能失调，或通过大脑对植物神经、內分泌或脏器的影响，可能引起组织结构和机能的变化。因此，某些疾病的发生是和神经精神状态有关的。

7. **其他** 如內分泌失调、先天发育异常、遗传因素等。

关于病因，现在的认识还很不够，有些疾病（如肿瘤）的病因还不了解。伟大领袖毛主席教导我们：“**一切客观世界的辯証法的运动，都或先或后地能够反映到人的认识中来。**”对于病因的认识，也一定会不断有所发现，有所提高的，世界上沒有不可认识的疾病，也沒有“不治之症”！

在阶级社会中，医学总是为一定的阶级服务的。对于疾病发生的认识，历来反映两个阶级、两种世界观的对立。

资产阶級和其他一切剝削阶級，总是千方百计利用医学来加强他们的剝削统治，为他们少数人利益服务。他们研究病因，是为了少数人的“延年益寿”，以便更多地榨取劳动人民的血汗，强固他们的专政统治。他们提到病因，只說自然界的，不提社会的，而且竭力掩盖剝削制度是最广泛的病因这个实质。在形而上学的支配下，资产阶級医生单纯强调疾病发生的外因，忽视人体內部的因素；只看现象，不看本质；只顾局部，不顾整体；这样就不能如实反映疾病发生的规律。他们对疾病只能采取消极的态度，怕这个怕那个，搞“活命哲学”。

我们革命医务人员，首先揭露疾病发生的社会因素，批判一切剝削阶級和剝削制度，明确自己的医疗卫生工作就是为无产阶級政治服务，为广大劳动人民的身体健康服务，卫生为生产，保护劳动力，以利更好地抓革命，促生产。

我们重视外界致病因素，大搞群众性的爱国卫生运动，注意生产安全和劳动防护。然而，**“外因通过内因而起作用”**，我们更重视疾病发生的內部因素，强调用战无不胜的毛泽东思想武装伤病员，调动他们的主观能动性，与疾病作斗爭；强调积极鍛炼，增强人民的体质。

对于外界致病因素，我们不怕，正确作处理就是了。致病的东西也是**“一分为二”**的，它们既可致病，又可不致病，甚至还可利用来防病治病。例如，致病的微生物经过适当处理，可以用来做成预防疫苗；肉水是有一定毒性的，现在却能用来治许多病。关鍵在于掌握它们的规律性，正确处理。

在阶級斗爭、生产斗爭和科学实验三大革命运动中，我们要发扬**“一不怕苦，二不怕死”**的彻底革命精神。同时，又要提倡鍛炼身体，讲究卫生，积极预防，增进人民健康，以战胜和消灭疾病，为社会主义革命和社会主义建设贡献更多的力量。

第二节　疾病的变化

疾病从发生、发展到结束，整个过程都贯穿着人体防御机能同致病因素的矛盾斗爭。而在这两方面的矛盾斗爭中，身体內部发生着一系列的变化。这些疾病变化表现出来，有些能被病人自己感觉到的，如头痛、发热、咳嗽、食欲不好等等，叫症状；有些则是由医生通过

检查（望、触、叩、听和化验、X线检查等）才能发现的，叫体征。症状和体征，在本书中又叫病状（或临床表现）。

疾病的变化是多种多样的。下面介绍两类比较普遍的疾病变化，即“炎症反应”和“代偿性变化”。

1．**炎症反应** 炎症是人体对各种刺激，如损伤、微生物感染、化学物作用等的一种反应。比如，手指关节不慎扭伤后的肿胀，皮肤烫伤后的发红、起泡，皮肤上生一个疖等，都属于炎症。

炎症是怎样发生、变化的呢？我们不妨比较详细地介绍一下疖的情况。疖的主要病状是红、肿、痛、热。这些病状是由皮肤受一种葡萄状球菌感染引起的。皮肤受到细菌的刺激，通过神经系统等的反应，局部组织发生一系列变化：（1）充血，即局部的动脉血流增加，所以发红、发热。（2）血管内的白细胞、水份、蛋白质等渗出到组织内，局部肿起。这种渗出有抗病作用。白细胞直接同细菌搏斗，其他物质在局部形成一个“防御圈”。如果人体的抗病能力迅速消灭细菌，疖就不致化脓；否则，局部就要化脓。（3）组织还会增强吸收作用，把一些毒素、废料等，通过静脉和淋巴道，从局部运走。这类物质吸收多时，可引起全身发热、中毒等。（4）由于组织受了破坏，细胞便要增生，使组织修复。人体同细菌的斗争，一直进行到细菌被消灭，局部的渗出、吸收、充血才逐渐恢复，疖的病状完全消失。整个过程可因有适当的治疗而缩短。

各种刺激引起的炎症，一般都有组织充血、渗出和吸收的变化，但情况是有区别的。

刺激强，炎症反应往往急剧，叫做急性炎症，红、肿、热、痛等病状显著。刺激较弱而持久，炎症反应缓慢，叫做慢性炎症，病状不如急性突出。然而，当人体抗病能力很弱的时候，对强刺激的反应往往不强烈，比如发热、红肿等并不明显。

不同组织和部位的炎症反应有所不同。比如粘膜发炎，除了水肿，常有分泌增多，所以鼻炎时流鼻涕、气管炎时咯痰、肠炎时粪便里粘液多，这些都与渗出有关。又如泌尿器官炎症，膀胱炎时很少发热，而肾盂炎时往往发热，因为两者的吸收作用不同。

可见，炎症反应虽然与刺激因素有关，但是它的变化决定于人体

内部的因素。

炎症反应，对微生物能起控制消灭作用，对损伤能起修复作用（损伤愈合都要经过炎症阶段），对化学物能起缓解作用（也是通过渗出和吸收）。当然，炎症反应又有损害作用，如疼痛、机能障碍、消耗、化脓、发热、中毒等，损害程度是由机体反应性及刺激强度决定的。

2．代偿性变化 是指疾病时人体对丧失的机能和损坏的结构的反应性补偿。

例如：病人（或伤员）出了几百毫升血，他可能出现面色苍白、口渴、尿少、心跳、脉搏快等病状。这些病状就是出血后代偿性变化的表现。人体丧失几百毫升血，总血量就减少了，为了维持循环，心脏加紧搏动；同时，周围末梢的血管收缩，使血液能够比较集中地供应脑、心、肺等重要器官，于是皮肤血流就减少，所以面色变白。同样是为了补偿循环血量，需要"开源节流"，所以想喝水和排尿少（肾血流减少）。这一系列变化，都是在神经系统调节下发生的。如果出血不再继续，伤病员意志比较坚强，本来体质较好，稍加适当的治疗（如喝糖水、卧床、休息等），上述病状就可消失。血液量先由胃肠道吸收和组织间渗入血管内的液体补充，后来通过骨髓造血补充，可使血液恢复正常。如果继续出血，或伤病员体质较弱，则会出现更严重的病状。因为代偿作用有它的限度，而且某些变化会产生不利的后果。如末梢血管收缩过久，末梢组织会因缺少血流而起一系列变化，甚至坏死。

以上所述是急性出血。慢性出血也有代偿性变化。慢性出血先由骨髓造血补偿，但失血超过了补偿的能力，就引起贫血。贫血以后，全身抗病能力就削弱，容易发生种种其他疾病。

一个器官有病时，可能先由本身起代偿性变化。例如：心脏瓣膜病时，为了维持正常循环，心脏必须加强工作，因而心脏发生肥大。但到后来，心脏的负担超过了心脏所能代偿的限度，就会发生一系列心力衰竭的病状。

某一器官有病，当本身的代偿能力不足以补救时，需要动员其他器官来协助代偿。如心脏病当发展到代偿机能不足时，出现的呼吸加

快（气喘），就是肺对心的代偿性变化。

了解代偿性变化，有助于分析病情，也有助于认识人体的抗病能力，从而在治疗疾病时采取适当的措施，达到疗效。

疾病变化是复杂多样的，不可能在这里一一介绍。但是，从炎症反应和代偿性变化，可以看出疾病变化的某些规律。

1. 疾病发展是发病后人体防御机能同致病因素斗争的继续，疾病变化是这一对矛盾斗争的反映。因此，治疗疾病就要增强防御机能，消除致病因素。

毛主席教导我們说："**矛盾着的对立的双方互相斗争的结果，无不在一定条件下互相转化。**"对防御机能，要注意防止它在一定条件下转化为致病因素。在多数情况下，疾病初期的致病因素（如细菌感染、出血）并不复杂，后来由于防御机能中的不利因素（如感染时的吸收中毒、出血后的周围循环不足）成了新的致病因素，会使疾病复杂起来。发挥防御机能的有利因素，防止其不利因素，就能更好更快地取得治疗效果。

2. 人体是一个整体，各部分互相密切联系着。疾病时，虽然有的变化主要在局部（如疖），有的主要是在全身（如大出血），但总是在神经系统的调节下，发挥各方面的防御机能，同致病因素作斗争。因此治疗上既要注意局部，又要考虑到全身。例如：疖除了局部治疗外，必要时还须服中草药清热解毒或用抗感染药物。

另一方面，分析疾病变化，就要用全力找出它的主要矛盾。主要矛盾在哪里，就应当首先解决那里的问题。例如：大出血时必須首先制止出血；止血后主要矛盾是循环血量少，就应当集中力量补充循环血量。

3. 由于防御机能和致病因素的矛盾发展，过程较长的疾病，往往呈现出阶段性。初期病状由轻加重，表示致病因素占优势。中期病状虽重，但比較稳定，表示抗病能力与致病因素相持搏斗。后期病状逐漸消除，表示防御机能占了优势。

"**然而这种情形不是固定的，矛盾的主要和非主要的方面互相转化着，事物的性质也就随着起变化。**"本来过程比較长的病，在正确的治疗下，防御机能迅速占了优势，过程就可以缩短。反之，本来接

近好转的病，因为治疗不当或其他原因，致病因素重新占了优势，病就又加重。在这方面，病人的精神状态以及医生的责任心起着重要的作用。

常用的疾病变化概念的簡要解説

充血 组织内动脉血流增多（见上文）。

缺血 组织内动脉血流减少，表现为色苍白、温度降低、疼痛等。组织缺血后，不能正常进行代谢，引起机能障碍、甚至变质坏死。

郁血 组织内静脉血增加，原因是静脉受压、堵塞或心力衰竭等，静脉血回流受阻，表现为色青紫、肿胀、胀痛等。静脉郁血后，血液的一部分可能从血管漏出到组织间，造成组织水肿。由于血流不畅，组织也发生机能障碍、甚至变质坏死。

缺氧 呼吸机能障碍以及缺血、郁血都可引起组织缺氧，表现为青紫或苍白、疼痛等。局部组织缺氧时发生与缺血同样的后果，全身缺氧时可危及生命。

血栓［音 shuān］**和栓塞** 血栓即血管里的血凝块。血管被血栓或空气（如静脉注射误将空气注入）堵塞，叫做栓塞，栓塞可引起缺血或郁血。

增生（再生、新生） 即组织细胞分裂繁殖，常见于损伤的修复过程、炎症反应过程。肿瘤是细胞的异常增生，不利于人体。

坏死 即组织细胞变质而死亡，原因是缺血、缺氧、损伤、毒物或细菌等的作用。组织坏死后，失去原有颜色光泽、弹性、温度、知觉等，最后多变成黑色，容易发生化脓腐败。

炎症 见上文。

免疫 即人体对某种致病物质的特殊抵抗作用，如对细菌的特殊抵抗力（见上文）。人体通过与致病物质的斗争，体内可产生一种“抗体”，这是免疫的主要物质。引起抗体产生的物质（如细菌）叫“抗原”。预防接种原理就是人工地给人体无害的抗原，使体内产生抗体，或者直接注入抗体，以预防疾病。

过敏反应 是少数人因体质关系，对某种物质发生的特殊反应，

又叫变态反应。例如：有的人注射青霉素后，发生晕倒，面色苍白，出冷汗，呼吸困难等。过敏反应的实质，也同免疫相象，是"过敏原"与"过敏抗体"的关系。不过过敏反应对人体很不利，成为某些疾病的原因。

脱水 是指人体缺乏水分，表现为口渴、舌燥唇干、眼窝（及幼儿的囟门）凹陷、尿少或无尿等，严重者可引起更多的病症。

酸中毒 正常人体内的液体保持着一定的酸碱性。某些疾病时，体液内酸性物质增加，可引起酸中毒，表现为无力、头痛、恶心呕吐、呼吸深而快（呼气带有烂水果味或尿味）、脉搏快而弱等，常是疾病严重时的一项变化。

第三节 祖国医学关于疾病的一些概念

在祖国医学里，用"正气"来概括正常人体机能和抗病能力，用"邪气"来表示致病因素，疾病就是人体内部"邪正交争"。关于疾病的发生，祖国医学认为，"正气内存，邪不可干"，"邪之所凑［音còu］，其气必虚"。就是说，人体防御机能较强时，致病因素一般不足以干扰正常的结构和机能，致病因素一般在防御机能的薄弱环节上发生致病作用。

祖国医学里的病因概念，有六气（风、寒、暑、湿、燥、火）以及饮食不节（指暴饮暴食、误食毒物等）、创伤、虫兽咬伤、疫疠［音利，lì］（指某些传染流行病）、情志变化等。其中六气不仅表示外界致病因素，而且还用来表示体内某些致病因素以及病理变化。

风

外风（外感风邪），指外界致病因素引起发热、怕风、头痛、汗出、流涕等病状。感冒多属这类，其他某些感染的初期也有这类病状。

内风，指内部疾病引起的眩晕、肢体麻木、抽风、昏迷、半身不遂［音岁，suì］等病状，多属神经系统病状。

风病的特点是来势急，变化多，病处游动不定，好转也较快（指外风）。

寒

外寒，常与外界寒冷有关，受寒邪后可发生怕冷、发热、头痛、无汗等。呼吸道感染常与外寒有关。

内寒，常发生于体质弱者，多有面色白、怕冷、手足凉、腹痛、腹泻、小便清长等。

寒病的特点是喜温怕冷，疼痛固定。

暑、火（热）

暑邪是指暑天所受的热邪，典型的暑病就是中暑。

火与热是程度的不同，火是热的过甚，所谓"热极为火"。外界的暑、燥、风等都可由于热极而化火，引起火症，多出现高热、面赤、神昏、乱说乱动、出血（咯血、吐血、鼻出血）等。内部疾病或情志变化可引起内火（心火、肝火、肺火等）。

祖国医学的热症，与体温增高的发热并不是一回事。热症虽常发热，但也可不发热。它的主要表现是：喜凉怕热、自觉热感、面色发红、大便干、小便黄或红、舌苔黄或干、脉搏加快等。

燥

燥有外燥和内燥。外燥是指夏秋季的燥热或久旱不雨可成为发病诱因。但常用的概念是内燥，指疾病消耗或者用药不当，引起口干舌焦、心烦、手心脚心发热、皮肤指甲干枯等。

湿

湿作为外因，是指环境潮湿可促使疾病发生。湿也可由内部体弱脾虚而生，因为脾主运化，运化不正常则使水湿内停，表现为食欲不振、腹泻、腹胀、小便少、浮肿等。

湿病的特点是不愿喝水，身体沉重，大便稀，小腿肿、湿疹、生疮，或白带多等。

从以上简要的解说可见，风、寒、暑、湿、燥、火等概念，既包括了外界的致病因素（气候、环境、微生物等），又包含了内部的致病因素和疾病变化（感染或其他炎症、机能障碍、代谢障碍等）。这样，同一疾病和病因，在祖国医学中可用不同的概念来叙述，例如感冒，由于病状表现不同，可用"外感风寒"或者"外感风热"来表示。这种区分的主要目的，是便于用不同的方法进行治疗（辨证论治）。

第三章 疾病的预防

伟大的领袖毛主席早在1945年就指示我们："**应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。**"毛主席关于"**预防为主**"和"**动员起来，讲究卫生，减少疾病，提高健康水平**"的伟大号召，为发展无产阶级医疗卫生事业，为实现消灭疾病，人人振奋，移风易俗，改造国家的宏大目标，指明了根本方向。

预防为主还是重治轻防，这是卫生战线上两个阶级、两条道路、两条路线斗争的重大问题，是无产阶级卫生路线区别于资产阶级卫生路线的显著标志之一。预防为主，大搞群众性的爱国卫生运动，使广大革命群众不得病、少得病，是增强人民体质，提高健康水平的根本措施，有利于"**抓革命、促生产、促工作、促战备**"，是一场破旧立新、移风易俗的伟大斗争。

毛主席早就告诉我们："**中国历来只是地主有文化，农民没有文化。可是地主的文化是由农民造成的，因为造成地主文化的东西，不是别的，正是从农民身上掠取的血汗。**"旧社会的地主资产阶级政权，剥夺了劳动人民的一切，也剥夺了劳动人民掌握卫生和享受卫生的权利。广大劳动人民过着饥无食，寒无衣，牛马不如的生活，又加上瘟疠横行，人祸天灾，造成了多少人家破人亡，妻离子散。真是"**千村薜苈人遗矢，万户萧疏鬼唱歌**"！

毛主席、共产党领导中国人民闹革命，推翻了压在人民头上的三座大山，建立了社会主义新中国。卷巨浪，展宏图，毛主席他老人家亲自制定了"**预防为主**"的伟大方针，亲手挥写了《送瘟神二首》的光辉诗篇，极大地鼓舞着全中国人民战天斗地，移风易俗，在卫生防病工作上取得了辉煌的成果，使颠倒了的历史又重新颠倒了过来。可是叛徒、内奸、工贼刘少奇及其在卫生部门的代理人，长期以来疯狂推行反革命修正主义卫生路线，重城市轻农村，重治轻防，只为城市少数资产

阶级老爷服务，把卫生工作搞得冷冷清清，公然对抗毛主席的无产阶级革命卫生路线，犯下了滔天罪行。

毛主席亲自发动和领导的无产阶级文化大革命，宣告了反革命修正主义卫生路线的彻底破产。在农村，广大贫下中农夺回了被刘少奇和他在卫生部门的代理人篡夺的卫生大权。毛主席的无产阶级革命卫生路线取得了伟大的胜利，毛主席“**把医疗卫生工作的重点放到农村去**”的光辉指示得到了全面贯彻。

伟大领袖毛主席教导我们：“**革命战争是群众的战争，只有动员群众才能进行战争，只有依靠群众才能进行战争。**”预防疾病，开展爱国卫生运动，必须充分发动群众，依靠群众，打一场除害灭病的人民战争。贫下中农无限热爱毛主席，他们的阶级斗争、路线斗争觉悟最高，他们最听毛主席的话。我们要虚心向贫下中农学习，同他们一起经常地进行忆苦思甜的阶级教育，深入开展革命大批判。我们要经常地通过各种方式，向群众宣传毛主席对贫下中农的关怀，对卫生防病工作的一系列重要指示，宣传卫生防病工作对于社会主义革命和社会主义建设的重大意义，对于落实毛主席“**备战、备荒、为人民**”伟大指示的重大意义。并通过群众喜闻乐见和灵活多样的形式、方法，向贫下中农普及卫生防病的知识。普及工作可从本队的学生、民兵着手，然后推广到社员群众。“**人民群众有无限的创造力。**”只要群众发动起来，就会焕发出无穷无尽的智慧和力量，卫生防病工作就一定能够搞得更好。

卫生防病工作是群众性的工作，必须实现领导和群众相结合。我们在工作中要紧紧依靠党的领导，在当地党组织的直接领导下，实行群众运动和专业队伍相结合，经常和突击相结合，不断地健全各级卫生组织，加强领导，抓紧工作。一要抓思想，经常不断地进行思想政治教育。二要抓组织，组织一支强大的防病治病的队伍，以民兵、卫生员和“赤脚医生”为骨干，各级领导班子有专人参加。现在各地已有许多社队把组织工作做到社员家里。三要抓制度，使爱国卫生运动经常化，树立以讲卫生为光荣，不讲卫生为耻辱的新风尚。四要抓预防，及时预防接种，定期健康普查。五要抓典型，要树立先进，及时总结、推广，以点带面，不断前进。

贯彻"**预防为主**"，搞好卫生防病，"赤脚医生"还要根据季节，结合生产情况，狠抓水粪管理、除害和增强体质、减少疾病这三项工作（详见本章各节）。"赤脚医生"要主动带头，亲自动手，做好技术指导。掀起一个轰轰烈烈又扎扎实实的群众性卫生防病运动，为增强人民体质，保障人民健康，彻底改变农村的卫生面貌贡献力量。

第一节　水粪管理

毛主席教导我们说："**一切群众的实际生活问题，都是我们应当注意的问题。**"水源保护、饮水卫生和粪便管理，不但同社员的健康和农业生产有密切关系，而且对战备具有重大意义。因此，必须突出无产阶级政治，用阶级观点、群众观点、战备观点、生产观点认真对待水粪管理工作，深入宣传，发动群众，自力更生，因地制宜地做好这项工作。

水源保护

我国北方广大农村常用的水源有两类：一类是地下水，如井水；一类是地面水，如河水。某些地区用旱井或水窖储水，水的来源有的用沟渠引山水或河水，有的用雨雪。

1．**井水**　井水是经过地层自然过滤而成。特别是深井水，水质一般比较洁净。有条件的地方，应提倡饮用井水。保护水井，可从下面几项着手：

（1）井址的选择：最好选择地表是粘土层、地势较高的地方，水井周围10丈以内尽量不要有厕所、粪堆、垃圾堆、牲畜圈及污水坑，以防污染水源。畜用水井最好与饮水井分开。

（2）水井的结构：做到五有，即有井台、井壁、井底、井栏、井盖。井底可以防止流沙冲积，承托井壁，使井壁平整牢固，淘洗淤泥时方便。井壁上部（自地面以下）2米处用石灰沙浆或水泥抹严，防止漏水，保持水质良好。井栏要高出井口1尺左右，与井壁衔接处可用水泥抹严。井口1丈以内，可用不透水材料作成略高于地面、有一定坡度的井台，周围有排水沟，以防积水和向井内渗水。井盖夜间加锁，警惕阶级敌人破坏。

有条件的地区，可筑手压式机井，便于卫生管理。

(3) 井的卫生管理：不在井边放养家禽、牲畜，洗涮便盆、病人衣裤等脏东西。周围环境经常打扫。定期淘洗井底。发现井壁、井台、井栏、井盖破损，及时修理。使用公用水桶。夏秋季有条件时定期做好井水消毒。

2. **河水** 河水暴露于地面，常受人畜粪便、垃圾、污水等的污染，所以水质较差。为保护河水，应尽量做到粪堆、厕所离河岸10丈以外，不在河边建牲畜棚，不向河内倾倒垃圾、污物。饮用河水，应力求做到饮水消毒处理（见下面）。

飲 水 卫 生

将水煮开，可以杀死水中的病菌和寄生虫卵，是最简便有效的饮水消毒方法，应大力宣传提倡喝开水，不喝生水。

此外，夏秋季节可以用漂白粉消毒饮水。漂白粉含氯，能杀菌。常用的有：漂白粉（含有效氯 25～35%），漂精粉（含有效氯 60～70%）漂精片（每片含有效氯 0.2 克）。有效氯受光线、高温、水湿后可丢失，所以漂白粉应装在有色瓶或塑料袋内，密闭，放在阴暗干燥处备用。

(1) 井水消毒：多用直接加入漂白粉法。消毒前须先测定井水的水量。简易的计算法是：井水深（市尺）×水面直径(市尺)＝应加漂白粉量(克)。

例：水深 15 尺，水面直径 4 尺，则应加漂白粉量为 15×4＝60 克。

将应加的漂白粉放入大碗中，加少量清水调成糊状，再加水冲淡，倒入井内，用吊桶在井水上下震荡十几次，半小时后即可使用。

(2) 缸水消毒：按 2 桶水加 1 小平匙的量计算应加的漂白粉量，放碗内加水调成糊状（漂精片需先研碎），倒入缸内，搅动十几次，半小时后使用。

也可将漂白粉装在青霉素小瓶内，不加塞放入缸底，可維持5～6日。以能闻到氯味而沒有强刺激性为合适。

饮用水（尤其是河水、窖水）较混浊时，可用加明矾的方法沉淀

或用沙石等过滤后再用。

粪 便 管 理

粪肥肥效高、使用广，是良好的农家肥。粪便集中管理和经过无害化处理，不但能多积肥和提高肥效，有利于生产，而且能杀灭其中的病菌和虫卵。1958年2月12日中共中央、国务院关于除四害讲卫生的指示中指出："人畜粪便的处理问题对于卫生和积肥都关系重大，必须首先解决。"因此，对粪便管理不能单纯只从卫生要求而脱离生产，必须二者紧密结合，广泛发动群众，坚持不懈地实行。

山西省稷山县太阳大队对粪便管理有很好的经验。他们的做法是：厕所和牲畜圈有要求；"赤脚医生"和卫生员定期喷洒药物；专人起粪送到指定地点。

厕所的要求是：(1) 位置远离水源，至少10丈。(2) 砖砌茅槽，作到斜坡陡[音斗，dǒu]，使粪便迅速落到粪坑内，上面加盖，可以防蝇孳[音资，zī]生。(3) 粪坑要深，经常加土。(4) 有条件应盖厕棚，下雨不漏。(5) 定期起粪。

牲畜棚的要求是：三勤（勤垫土，勤起圈，勤打扫）；六净（场净，圈净，槽净，水净，草料净，牲畜身上净）。

"赤脚医生"和卫生员夏季定期喷洒药物除蝇灭蛆，厕所每5日放药一次。指定专人将厕所、牲畜棚、街道、住宅中的粪便定期送至大田指定地点，进行粪便无害化处理。

稷山县太阳大队做到了：厕所无蛆，住宅无蝇，牲畜棚干干净净，除害灭病收到很好效果。

粪便无害化处理，北方多用堆肥发酵法。利用粪便(尿)、垃圾、杂草等混合堆放打实，外面用泥封上，泥厚2～3寸。夏季半个月左右，冬季2个月左右，达到粪肥腐熟，菌卵杀灭，便可打开起用。具体做法各地应因地制宜，创造适合本地的方法。

第二节 除 害

"除四害讲卫生"是移风易俗，改造世界的大事，贫下中农在除害斗争中有很多好办法，积累了丰富经验。各地都有大量的野生杀虫植

物，来源广，可以就地取材，"赤脚医生"要善于向群众学习，总结群众的经验，加以推广和提高。下面介绍消灭蝇、蚊、虱、鼠、臭虫、蚤的常用方法。

灭　　蝇

苍蝇可传播肠道传染病，如痢疾、伤寒等，也可能传播寄生虫病，如蛔虫病等。

苍蝇的发育要经过卵、幼虫（蛆）、蛹、成虫（蝇）四个阶段。从卵发育到成蝇的过程是：蝇卵$\xrightarrow{1\text{ 日}}$幼虫（蛆）$\xrightarrow{5\sim6\text{ 日}}$蛹$\xrightarrow{3\sim5\text{ 日}}$成蝇。

1．**消灭孳生地**　做好粪便管理（尤其是夏秋季），这是灭蝇的根本方法。

2．**灭蛆**　方法很多。可用开水烫，用网捞，将烫死或打捞的蝇蛆喂鸡、鸭；在粪坑内放入牛羊粪，可减少蝇蛆生长；也可撒热灰灭蛆；有条件也可用药物灭蛆（见表）。

3．**灭蛹**　发动群众在粪坑周围松土内挖蛹，冬春季挖灭过冬的蛹，最有效。也可把粪坑周围地面砸实消灭蝇蛹。

4．**消灭成蝇**　人人用蝇拍打，用捕蝇纸粘或用药灭蝇。捕蝇纸的制作：可用松香8分、桐油2分、红糖1分混合加热，涂在硬纸片上，挂在屋内粘捉成蝇。或用百部1两，熬汁加白糖拌匀，蝇食即死。也可用二二三乳剂或可湿性六六六粉分别配成5%和0.3～0.5%的溶液，喷洒室内门窗墙壁。

灭　　蚊

蚊子叮人吸血，可传播疟疾，流行性乙型脑炎等传染病。蚊子的成长发育是：卵$\xrightarrow{1\sim3\text{ 天}}$幼虫（孑孓［音结决，jiéjué］）$\xrightarrow{3\sim5\text{ 天}}$蛹$\xrightarrow{1\sim2\text{ 天}}$成蚊，共四个阶段。前三个阶段生活在水里。水坑、稻田、沟渠是蚊子孳生的地方。消灭蚊子，应从几个方面着手。

1．**消灭孳生地**　填平污水坑；疏通沟渠，使水流通畅；勤换水

缸的水等。

2. **消灭孑孓和蛹** 可用人工捕捞、养鱼、保护青蛙等法捕灭。有条件时可用药物灭孑孓（见表）。

3. **消灭成蚊** 可用青蒿或杂草燃烧烟薰；药物杀蚊也是常用方法（见表）。

灭　　虱

虱子因寄生部位不同，可分为头虱（寄生于人头发内）、体虱（寄生于人体内衣被褥）和阴虱（寄生于人阴毛部）。虱子不但咬人吸血，且能传播斑疹伤寒等疾病。防虱的最好办法是做好个人卫生，勤换衣服，有条件的地方应常洗澡。

1. **灭头虱** （1）用醋3～4两放入半盆水中洗头发，可使虱卵掉下来，再用篦[音闭，bì]子把头发上残留的卵梳下来。或用百部煎液（百部5钱加水2大碗，煮半小时，过滤）擦头发，并用毛巾将头发包住，经一夜可杀死虱子。（2）以10%二二三粉或0.5%六六六粉撒在头发上用毛巾包好经过一夜，次日清晨用温水洗净（用量不可超过1两）。

2. **灭体虱** （1）将有虱卵的衣服、被单等放在烧开的水中煮半小时或蒸半小时，是最有效最简便的方法。（2）用10%二二三粉或0.5%六六六粉均匀地撒在衣服上，可灭虱（见表）。

3. **灭阴虱** 洗澡后，在阴毛处撒上10%二二三粉或0.5%六六六粉，过夜后用肥皂水洗干净。

灭　　鼠

鼠能传播烈性传染病鼠疫，偷吃粮食，损害庄稼和衣物，破坏堤坝，对人体健康和生产都有很大危害。

1. **捕鼠** 常用鼠夹捕鼠。将鼠夹放在鼠洞旁墙角等鼠常出没经过之处。食饵以用新鲜和有香味的为好。鼠夹处最好用废纸破布伪装，只露出食饵，捕捉率高。用过的鼠夹应先用火烤或用开水冲刷，重新换食饵，再用。

2. **毒鼠** 常用的毒药有安妥和磷化锌，可用苞米面调拌制成毒

饵。使用毒药时，要特别注意安全，严防小孩及牲畜误食中毒。

3．**薰鼠** 常用于捕捉野鼠。预先找好鼠洞口。鼠洞一般有几个洞口。除留2个洞口外，余均堵死。从一个洞口点燃薰烟，在另个洞口捕捉。薰烟药可用硫黄2两和柴草、干畜粪4斤。

4．**挖鼠洞** 事先应全面查清鼠洞，用泥土堵死所有的洞口，以防鼠跑掉。然后用铁锹顺洞的方向挖进去，发现老鼠即行捕杀。多用于野地里捕鼠。

灭鼠要摸透鼠的活动规律。各地群众在爱国卫生运动中创造许多有效的灭鼠法，应当及时总结推广。

灭 臭 虫

臭虫是一种吸血昆虫。白天躲在席缝、铺板缝、墙缝、被褥缝等缝隙里，夜间出来咬人吸血。灭臭虫的方法有：

1．**堵塞裂缝** 用石灰、泥土涂在墙壁或铺板等缝隙里，使臭虫无处躲藏。

2．**开水烫** 用开水灌进铺板、炕席等的裂缝里，把臭虫和卵烫死。

3．**药物杀灭** 用10％二二三或0.5％六六六喷洒杀灭臭虫（见表）

灭 跳 蚤

跳蚤吸人血，又是传染鼠疫的昆虫。蚤主要寄生在鼠身上，也可在猫、狗、鸡等身上，还常在灰土中藏身。

1．灭蚤应先灭鼠，才能消灭蚤源。

2．注意保持环境清洁卫生，屋内炕上要干燥，光线充足，使蚤不易孳生。

3．用柴草在室内地面燃烧，可将蚤烧死；也可用热灰铺在多蚤的地面上，但要防止火灾。药物灭蚤，可在鼠洞、墙角等处喷洒二二三粉或六六六溶剂，每月一次，春秋多蚤季节可多喷几次。狗、猫等身上可用6％可湿性六六六粉灭蚤（见表）。

[附] 常用除害药物的配制及使用法

应用	药品名称	配制比例	用量标准	使用方法	杀虫效果
灭蛆	90%敌百虫	药8克加水16斤	可喷16只粪缸	天热时每周检查2次，見蛆就下药，下药前先将粪攪拌，每只粪缸（相当1～2平方公尺厕所）喷1斤药水；天冷时按配制比例，将药量加大一倍	蛆在一天内死亡，并能杀灭成蝇
	6%可湿性六六六粉	药8两加水16斤	可喷16只粪缸		
灭孑孓	6%可湿性六六六粉	药6两加水15斤	喷40平方公尺水面	天热时，每周检查1～2次，发现孑孓后下药，水面有垃圾先捞掉，每平方公尺水面喷药水200毫升。水塘內养魚时不准喷666，只能喷敌百虫。天冷时按比例把药量加大一倍。稻田每亩用六六六粉6两～1斤；或敌百虫半两装在布袋内悬挂在进水口的水面上下，药即随水流入田内，能消灭大量孑孓	孑孓可在一天内死亡
	90%敌百虫	药0.5两加水16斤	喷40平方公尺水面		
灭蚊蝇	90%敌百虫	药15克加水15斤	喷洒75平方公尺	在多蝇場所或綠化地带重点喷洒	接触或舐食后即死
	50%敌敌畏乳剂	药2毫升加水1斤	喷洒25平方公尺	喷洒地面四周，关閉門窗30～60分钟，天冷时药量加倍	接触后30～60分钟死亡
	25%二二三乳剂	药1斤加水9斤	喷洒50平方公尺	喷洒墙壁表面或蚊蝇經常栖息場所，猪牛棚傍晚时喷洒最好	几小时內死亡
	10%六六六乳剂	药1斤加水9斤	喷洒50平方公尺		
	50%敌敌畏乳剂	药1～2毫升	熏蒸50立方公尺	关閉門窗，将药水滴在小张紙上，燃烧熏半小时，天冷时药量加倍	30～60分钟死亡

续表

应用	药品名称	配制比例	用量标准	使用方法	杀虫效果
灭臭虫	6%可湿性六六六粉	药半斤加水0.5~1斤	均匀涂缝隙	用刷子涂缝隙处	几小时到几天死亡
	90%敌百虫	药8克加水0.5斤	喷在缝内潮湿为度	对有臭虫缝隙均匀喷洒或用毛笔涂缝	
	50%敌敌畏乳剂	药4毫升加水1斤	喷洒臭虫栖息场所		
	灭害净（二二三及敌敌畏）	不加水	同上	同上	
	25%二二三乳剂	药1斤加水4斤	可喷25平方米		
灭鼠	磷化锌	药3~5克加食饵95~97克混合	制成毒丸200粒，分为40~60堆	放在鼠洞墙角屋角等处，每堆3~5粒。要注意安全，晚上放早上收，专人负责	吃后几小时到几天死亡
灭蚤	6%可湿性六六六粉	药1克加细土1两(50克)	可撒1平方米	每月一次撒在猪窝、鼠洞、炕下及阴暗角落	
灭虱	50%敌敌畏乳剂	药4毫升浸粉笔1支	可供2~3人衣服灭虱	用粉笔在有虱衣、被上每隔3寸纵横划线，衣缝加划。划后折起来放置2小时以上	能杀虱子，对卵无效，需7~10天重复2~3次。划线的衣服穿在身上效果更佳，但不能贴身穿，对此药有过敏者不能穿
		药4毫升加水1斤	同上	混和后喷洒在衣服、草垫、草席上（每平方公尺20毫升），再卷紧，放置24小时	同上

续表

应用	药品名称	配制比例	用量标准	使用方法	杀虫效果
灭	1%六六六粉或10%二二三粉		每条草蓆、草垫用半两左右	均匀撒布在草垫、草蓆縫隙内或夹层中間及背面	撒药后仍垫在炕上，接近人体温度，灭虱效果較好
虱	百部酒	中药百部1两加70%酒精或50度白酒1斤浸1～2昼夜	可供8人湿透头发用	用百部酒擦湿头发根部，再用毛巾包裹1小时后梳洗头发。 阴虱涂擦阴毛根部	效果最好，能一次杀灭虱及虱卵

使用除害药物注意事项：

1．应设有专人保管药物，不得与食物放在一起，空瓶要集中回收。进行群众性灭鼠时，更应加强管理，把剩余的毒饵和死鼠深埋或烧毁。

2．药物要随用随配。

3．配制和使用药物时，要注意安全，戴口罩，不吸烟，不吃东西，手和皮肤应尽量避免接触药物。配制或使用后，立即用肥皂洗手，洗脸，防止中毒。高浓度的敌百虫溶液和敌敌畏溶液不要接触衣服等物，防止腐蚀。

4．养鱼塘、粮食库房及吃奶牲畜棚不能喷洒二二三和六六六。油剂不能近火喷洒。喷洒可湿性粉剂和乳剂时要经常摇动不使沉淀。

第三节　讲究卫生，增强体质，减少疾病

疾病的发生有内因和外因，内因就是人体本身方面的因素。精神对人体内部起着主导作用。防病首先要思想革命化。努力活学活用毛泽东思想，树立全心全意为人民服务的思想，胸怀祖国，眼望世界，斗志昂扬，为革命鍛炼身体，就能增强体质，减少疾病。

毛主席号召我們：**“发展体育运动，增强人民体质”**。无产阶級的卫生和体育是不可分割的，体育能鍛炼人的革命意志，增强体质、提

高抗病能力，对于社会主义革命和社会主义建设，对于加强战备，都有重要意义。在农村，应根据具体条件，结合民兵训练，开展游泳、登山、球类等体育运动。

要提倡讲卫生的新风尚，改变不卫生的旧习惯。

1. **饮食卫生** 尽量做到喝开水、吃熟食。改变某些地方不卫生的"霉食"习惯，发酵的食物要达到有益无害才能吃。食具和食物应保持清洁，村里或家里发生传染病时尤应注意。提倡饭前便后洗手。饮食要有节制，不要暴饮暴食。病死禽畜必须经过煮透煮烂等处理再吃；患炭疽、波状热病死的牲畜不能食用。

2. **清洁** 注意环境卫生，房屋勤清扫，保持干净，使蚊蝇鼠蚤等不易藏身。个人保持清洁，就不会生虱，各种感染的机会也少。衣物、粮食等物品应妥善保管，常在日光下晒晾，粮库应适当通风，防止发霉长虫。

3. **卫生教育** 教育儿童不随地大便。普及卫生知识，使群众和各行各业人员注意有关的事项，例如：理发时要预防皮肤病传染；使用农药时要防止中毒；尘埃多的作业要预防呼吸道疾病。

有组织、有计划地施行预防接种，是防止传染病发生的有力措施。预防接种要做到及时，要走在流行季节的前面。此外，根据不同对象组织集体接种，例如对民兵施行破伤风预防注射。此外，传染病要做到早发现早隔离早治疗处理，以杜绝疾病传播蔓延，也是重要的防病措施。有关的具体方法在第八章内介绍。

第 四 章　疾病的诊断和治疗

林副主席指示我们说："毛泽东思想是全党、全军和全国一切工作的指导方针。"

革命医务人员、包括我们"赤脚医生"在内，必须全心全意为人民服务，必须自觉地用毛泽东思想指导医疗实践的每一个环节。这是我们同资产阶級医生的根本区别。

伟大领袖毛主席教导我们说："**为什么人的问题，是一个根本的问题，原则的问题。**"我们必须坚持面向工农兵，为大多数人服务的根本方向。

光辉的"老三篇"是我们的座右铭，我们不为名，不为利，胸怀革命全局，立足本职工作；发挥"**一不怕苦，二不怕死**"的革命精神，千方百计地给贫下中农解除病痛，用"**完全**"、"**彻底**"和两个"**极端**"统帅，对技术"**精益求精**"。今天我们虽然"本领不大"，在战无不胜的毛泽东思想指导下，**我们能够学会我们原来不懂的东西。**

无产阶級文化大革命以来，用毛泽东思想武装起来的工农兵和革命医务人员，把革命气慨和求实精神结合起来，创造了一个又一个奇蹟，在设备簡陋、经验不足的条件下，成功地摘除了被资产阶级"专家"判定为"不治之症"的九十斤重大肿瘤；小小的银针，使聋哑人喊出了时代的最强音"毛主席万岁"，使盲人喜见红太阳，瘫痪人重新站了起来；簡便的新医疗法有效地征服了慢性克山病；截断三节的上肢再植成功；烧伤面积达百分之九十八的救火英雄和心跳停止二十五分钟的红卫兵小将获得了第二次生命。这都是毛主席无产阶級革命卫生路线的伟大胜利，也是革命医务人员坚持医疗工作为人民服务这个根本方向取得的丰硕成果。这許多振奋人心的先进事例，应当成为我们学习的榜样，努力的方向。

第一节　疾病的诊断

诊断属于对疾病的理性认识。

遵照毛主席关于认识论的教导，诊断的第一步是接触病人，调查病情，得到许多感性认识；第二步是对病情进行分析，从所得的感性材料来一个飞跃，得出合于实际的诊断。

“只有感觉的材料十分丰富（不是零碎不全）和合于实际（不是错觉），才能根据这样的材料造出正确的概念和论理来。”

只了解到一星半点的病情，如只凭“头痛、发热”两个病状，不可能作出正确的诊断。因为头痛、发热有許多病因，必须经过比较详细的调查，才可能作出诊断。例如：有头痛、发热、鼻塞流涕等，经检查只发现咽部轻度充血，肺和其他部位沒有异常，不象有其他更复杂的病，才可以诊断为感冒。

疾病常有复杂的现象。同一种病可有不同的表现；不同的病又可有某些共同的表现。突出的病状不一定能直接指示病变的部位和性质；而主要的病变却可能隐藏在人体内部，一时沒有明显的表现。此外，疾病的表现往往和病人的年龄、体质、精神状态等有密切的关系。但是，任何疾病都有自己的特殊的本质，只要抓住了这种特殊的本质，诊断问题也就迎刃而解了。因此，要想从許多感觉材料中得出反映疾病本质的正确诊断，必须认真思考，运用医学知识和实践经验，对检查得到的丰富的感觉材料，从多方面进行对比、分析，经过一番**“去粗取精、去伪存真、由此及彼、由表及里的改造制作工夫”**，从中找出区别于其他疾病的特点。例如，遇到头痛、发热、周身不适的病人，应该在详细检查的基础上，从症状轻重，有无更多的异常体征，病程长短，有无流行，季节等多方面进行分析、比较（医学上叫鑑别），使能正确诊断是感冒还是流感、流行性脑脊髓膜炎或肺炎等其他疾病。

总起来说，诊断就是要通过疾病的现象，抓住它的本质，找出矛盾的特殊性。

“认识从实践始，经过实践得到了理论的认识，还须再回到实践去。”诊断的正确性，必须在治疗实践中加以检验。如果在治疗中发现诊断不正确或不完全正确，就必须改正或补充诊断。诊断就是通过

"实踐、认识、再实踐、再认识"的形式逐步发展提高的。

診察疾病的基本方法

诊察疾病的基本方法是询问病史、检查体格（简称查体）以及检查排泄物等。除了病史由问诊了解，查体等是通过望诊、触诊、叩诊、听诊等方法进行的。问、望、触、叩、听是诊察病情的基本方法，必须熟练，并善于运用。

进行诊察时，医生首先应怀着深厚的无产阶级感情，鼓励病人树立战胜疾病的信心。还要注意操作手法，尽可能减少病人痛苦。

人体各部分的检查法已在第一章内初步介绍，并将在以后的疾病篇内继续介绍，这里着重介绍如何从整体出发诊察疾病。

一、病 史 問 診

病史应当由病人自己讲，不应当按医生的主观想象去引导。如遇幼儿和其他不能讲的病人，则应询问家人或其他了解病情的人。遇到病情危急者，应扼要地、迅速地进行问诊和其他必要的检查，抓紧时间作抢救处理。待病情好转时再详细地诊察。

问诊的内容：

1. 病人就诊的主要症状和时间，例如发热已2日或腹痛4小时等，叫做主訴。

2. 疾病的主要过程，叫做现病史，包括主症的性状、部位以及伴随的其他症状、发病诱因、治疗以及病情变化经过等。

3. 过去曾经得过的主要疾病、治疗以及预防措施（如种痘），叫做过去史。

4. 病人的生活条件、工作情况和嗜好习惯等。对妇女要了解月经、婚姻和生育情况。对幼儿应了解出生、哺乳情况。

以上几项中，1、2两项是主要的、必不可少的问诊内容。例如：主訴腹痛，就要询问疼痛在哪个部位（与内脏位置有关），是持续的还是阵发的（与病变性质有关），发作时间（慢性还是急性）以及诱因如何（如受凉、饮食不当等），伴有哪些其他症状（如呕吐、恶心、腹胀、腹泻、吐酸水等），经过什么治疗，效果怎样等等。了解这些问题以

后，往往就能得到诊断的线索。

其他三项问诊内容，要根据具体病情有重点地去了解，常对诊断有很大帮助。

实际上，进行问诊以及其他诊察法，通常采取"顺藤摸瓜"的方式。"藤"就是主诉或主症，从分析主要矛盾着手，顺次进行诊察，直到找出诊断的"瓜"。这样既能避免主观臆测，又能克服烦琐的毛病。

二、体格检查

（一）全身情况检查

主要是观察全身情况，测量体温和血压，观察舌的变化（舌诊）以及切脉（脉诊）。

1．**观察全身情况** 观察人体几个方面的变化，结合其他症状和体征，供诊断疾病时参考。

（1）精神：通常观察眼神、表情、言语、动作等。例如：眼睛呆板无神，表情淡漠，言语有气无力，行动迟缓，常表示病情较重。

（2）体质：即体格发育及营养状态。

（3）体态：正常人姿势端正，活动自如。有病时，常常会采取一定的姿势。例如：腹痛的病人，往往采取弯腰的姿势。

（4）皮肤：皮肤的变化，不仅见于皮肤病，常能反映其他疾病。例如：黄疸表示有肝胆疾病。

（5）面色：常可反映一定的病情。例如：面色潮红，并有结膜充血、呼吸气粗，常是发热的表现。

2．**测体温** 用体温计测量，正常人口腔内为37度上下（在腋下较低0.5度），在直肠内测（用于小儿）较高0.5度。口温超过37.5度表示发热。体温也可用手大致摸一摸，但往往不准确。

3．**测血压** （参看第一章循环系统检查法。）

4．**舌诊** 观察舌象（即舌质和舌苔）可以诊察全身的病情，这是祖国医学诊病的一项重要内容。正常人舌质（舌体）淡红色，湿润，有一层薄的白苔，活动灵活。生病后舌苔常有变化：

舌质：（以下虚、实、寒、热等症的含义参见第三节）。

舌淡——色比正常的淡，多属虚症。

舌红——色比正常的红，多属热症或阴虚。

舌深红(绛[音降，jiàng])——多属血热。

舌紫——表示血瘀。

舌干——多表示热（火）盛伤阴。

舌发硬、发颤或伸出偏一侧——多表示内风。

舌苔：

苔白——多属寒症。

苔黄——多属热症。

苔腻——舌苔增多，看上去有粘糊感，表示有湿，如苔黄腻，表示湿热。

无舌苔或舌苔剝落——多表示阴虚。

苔灰而干、苔黑而干——多表示热盛；苔灰而滑，多为寒湿，苔黑而滑，多为痰湿。

5. **脉诊**　就是仔细检查和分析橈动脉的搏动情况，以诊察全身性的变化。学习脉诊须十分细心，而且要反复实践。

方法：病人手掌向上平放。医生用第二、三、四指按橈动脉，第三指相当于橈骨的突起处。诊脉前，医生要镇定，精神集中，病人应安靜，不紧张。

常　见　脉　象

分类	名称	表现	辨症意义
	平脉	一呼一吸間4次(每分钟約70次)搏动有力，有节律，血管有弹性	正常
按脉	浮	輕按可摸清	多属表症
深浅	沉	重按才能摸清	多属里症
搏动	数	一呼一吸間5次以上	多属热症
快慢	迟	一呼一吸間4次以下	多属寒症
搏动	弦	紧张，象按在弓弦上	多表示肝病、痛
性状	濡(軟)	浮小而軟	多属虚症
搏动	有力		正常或属实症
力量	无力		属虚症

6. **其他** 检查颈部、腋下、腹股沟部等处有无淋巴结肿大等。

（二）头颈部检查

从头颅外形、幼儿的囟门、眼、鼻、耳、口腔等，到颈部、锁骨上等，应根据病情需要进行检查。例如：头部受伤时，头皮、颅骨以及眼、鼻、耳等都应检查，尤其须注意眼的变化。又如：一般遇见发热，都应当检查扁桃体和咽部。

（三）胸部检查

诊察任何疾病，都应当检查胸部，因为心、肺两个器官极为重要。检查要点如下表。

	肺	心
视	胸廓形态、呼吸运动	心尖搏动
触	語音震顫、胸部压痛	心尖搏动、心震顫
叩	音质	心浊音界
听	呼吸音的改变、异常呼吸音（干、湿罗音，胸膜摩擦音）、支气管語音传导	心音强弱、心率、心律、杂音

（四）腹部检查

望诊注意有无膨隆、胃肠蠕动波、腹壁静脉曲张等。触诊试验腹肌松紧、有无压痛、肝和脾是否肿大等。听诊主要是听肠鸣音变化。在一般检查时，重点是肝和脾。腹痛时，必须详细进行视、触、叩、听诊。

（五）其他

根据病情检查身体的其他部位。例如：

肛门部疼痛、排便时出血或有肿物脱出等，须直接观察肛门。

下腹、妇产科、肛门内疾病等，应作直肠内指诊。

腰腿痛、关节肿或肢体运动障碍等，必须检查脊柱和肢体。

昏迷、抽风、瘫痪等，必须作系统的神经系统检查。

遇有肿物（起包块），应重点检查局部和附近的淋巴结。

主诉呕吐、腹泻、咯痰、呕血、尿血等，应详问排出物的情况并

亲自观看。如有其他的变化，也应详细检查了解。这样，对诊断往往很有帮助。

第二节　疾病的治疗原则

毛主席教导我们说：**“人们要想得到工作的胜利即得到预想的结果，一定要使自己的思想合于客观外界的规律性，如果不合，就会在实践中失败。”**

怎样才能达到预想的治疗效果？就是要遵照毛主席的教导，用唯物辩证法来指导治疗工作。唯物辩证法是无产阶级的世界观和方法论，只有活学活用毛主席著作，全心全意为人民服务，才能真正掌握。

中国人民解放军的革命医务人员，为了攻克聋哑症这个顽固堡垒，以毛泽东思想为指导，发扬“**一不怕苦，二不怕死**”的大无畏革命精神，不惜冒着刺伤延髓的危险，在自己身上经过多次试验探索，终于掌握了针刺治疗聋哑症的规律，使聋哑人喊出了时代的最强音：“毛主席万岁！万万岁！”这种“宁肯在自己身上试扎千次，不能在病人身上错扎一针”的舍己为人的共产主义精神，是做好治疗工作的根本。

治疗疾病，需用护理、药物、针灸、手术等方法。各种疗法固然重要，但必定是通过人体内部的因素而起作用，因为**内因是变化的根据**。因此，必须充分发挥病人的主观能动作用，充分调动病人本身的抗病能力。一位青年女工在抢救火灾中遭受严重烧伤，烧伤面积达全身皮肤的百分之九十八，深度烧伤达百分之八十八。她活学活用毛泽东思想，发扬了工人阶级的硬骨头革命精神，用坚强的毅力压倒伤残病痛，战胜了疾病。用战无不胜的毛泽东思想武装起来的人，具有多么巨大的战胜疾病的力量！所以，在治疗中，我们必须同病人一起学习毛主席著作，向病人做过细的思想工作，共同建立起为革命而治病的思想，坚定战胜疾病的信心。

总之，进行治疗工作的根本的一条，就是用毛泽东思想武装医生和病人的头脑。

下面介绍治疗疾病的基本原则：

1．治病要有针对性，不能千篇一律。“**不同质的矛盾，只有用不同质的方法才能解决。**”对一种疾病应当采用对它有效的方法治疗，这是无疑的。但是同一种疾病，因病人的精神状态、年龄、体质以及致病因素的强弱等，变化有所不同，治疗必须因人而异。如对小儿就不可用成人的药量。要想做到区别对待，就须对病人作详细的调查。

2．要重视人体内、外各种因素的相互影响。人体是个统一的整体，内部器官组织之间是相互联系的。感冒发烧高些，就会影响胃口。肺长期有病，能引起心脏也发生病。因此，治病要有整体观念。

人体与外界密切联系着。同样的发热，在夏季和冬季对人体影响不同。沿海和内地、高原和低地等自然环境不同，使各地人们的体质和疾病有所不同。因此，治病应当因时因地制宜。

3．要抓住主要矛盾，做到治病必治本，又要注意轻重缓急。治病应当以消除病因为根本。治头痛，应当治头痛的病因，“头痛医头”的方法不能收到良好的效果。但是，如果头痛十分剧烈，医生就应当先把头痛治一治，以减轻病人的痛苦。治疗上“先急后缓”的原则非常重要。例如：遇到血压下降到脉搏摸不清的情况，必须首先千方百计提高血压。至于引起血压下降的原因，有的可以在升压措施的同时进行治疗，有的则等血压回升后治疗，因为血压下降直接危及生命，是当时的主要矛盾。

4．用“**一分为二**”的观点正确掌握各种疗法。

(1) 护理，是指适当休息、饮食调养、保温、大小便处理等。这些工作很重要，为帮助病人战胜病痛提供有利条件。然而，要注意积极的护理，就是不能完全使病人处于不活动的状态；除了极严重的情况，一般要让病人适当活动，使体内机能旺盛起来。

(2) 药物治疗的重要性，是大家都知道的。但是，任何药物无不具有两重性，一方面，能治疗某些疾病，促使人体恢复健康；另一方面，许多药物都有一定的毒性，如果用量过大或使用不当，反能危害人体。有的药物（如青霉素等），能使某些人发生严重的过敏反应。此外，许多药物能产生抗药性，使药效降低。因此，我们必须熟悉各种药物的性质、用法以及可能引起的种种问题，做到正确使用，灵活掌握，克服和避免药物对人体不利的一面，尽力使药物发挥最大的治疗

效能。此外，许多疾病不是单靠药物所能治好的。因此，不要单纯依赖药物，不应迷信药物，治疗中更不能滥用药物。

(3) 针灸、注射、手术等，对疾病能起有力的治疗作用。但如果处理不当，也会引起损伤或感染，给病人带来痛苦。所以每一次操作，都应严肃认真，做到两个"**极端**"。

5. 做到机动灵活。疾病在变化着，有时变化很迅速。治疗中必须密切观察病情，根据变化采取适当的治疗措施，有时甚至需要完全改变原定的治疗方案。

伟大领袖毛主席教导我们说："**在生产斗争和科学实验范围内，人类总是不断发展的，自然界也总是不断发展的，永远不会停止在一个水平上。**"医学是在劳动人民长期向疾病作斗争中发展起来的。今天虽然还有某些疾病没有完全被人们认识，防治上有困难。但是明天人们认识了它们的规律，就一定能防治它们以至消灭它们。资产阶级医学"权威"所谓"不治之症"、"医学极限"之类的谰调，不过是他们拒绝为广大劳动人民服务，并且掩饰自己无能的借口，是他们的腐朽、反动的世界观的反映。我们广大革命医务人员高举毛泽东思想伟大红旗，突出无产阶级政治，全心全意为人民服务，在医疗实践中自觉运用唯物辩证法，就一定能继续发明新疗法，创造新技术，闯出新路子，发展新理论，为创造中国的新医药学作出贡献。

第三节　辨证论治

辨证论治就是运用祖国医学的理论，对疾病表现出来的一系列症状，进行分析综合判断，并提出治疗方针。这是祖国医学理论体系中的重要部分。因此，我们要认真学习，并且加以整理、提高，使它成为我国新医学中的重要部分。

辨証论治的主要内容　证分表里、寒热、虚实：

(1) 表里：主要是指病变部位；

(2) 寒热：主要是指疾病的性质；

(3) 虚实：主要是指人体防御机能和致病因素损害作用的强弱。

表、里、寒、热、虚、实的证候见表1。

治有汗、吐、下、和、温、清、消、补八种方法。发汗法多用于

表 1 证候与治疗原则

辨		証	治法
表証	恶风寒，发热，头痛，身痛，脉浮，舌苔薄白	表寒：怕冷重，发热轻，头痛鼻塞，流清涕，咳嗽痰白，舌苔薄白，脉浮紧	辛溫解表，如麻黄、桂枝等
		表热：发热稍怕冷或不怕冷，头痛鼻塞，流黄鼻涕，咽痛，舌苔薄黄，脉浮数	辛凉解表，如桑叶、薄荷等
		表虛：有汗	
		表实：无汗	
里証	咳嗽胁痛，呕吐，脘腹胀痛，下利尿赤	里寒：肢冷，便稀，不渴，喜热飲，尿清白，脉沉，苔白	溫中散寒，如附子、肉桂、干姜等
		里热：发热，但热不寒，面赤唇紅，口渴引飲，心煩，甚至神昏，便干，尿黄赤，脉洪，舌赤苔黄	清热泻火，如石膏、知母等
		里虛：見虛証、寒証、热証	
		里实：見实証、寒証、热証	
寒証	恶寒身痛，肢冷，喜热飲，便稀軟，或消化不良，尿清白，舌苔薄白	表寒：見表証	
		里寒：見里証	
		寒实：腹痛拒按，便秘，脉沉实	攻逐冷积，如巴豆、干姜等，
		虛寒：腹痛下利，尿清长，脉沉迟	祛寒补虛，如人参、附子等
热証	恶风发热，或但热不寒，面赤口渴，喜凉飲，神昏煩躁，便干尿黄赤	表热：見表証	
		里热：見里証	
		虛热：潮热盜汗，颧紅，脉虛数	生津清热如銀柴胡、麦冬等，
		实热：蒸蒸发热，口渴汗出，便秘，脉洪数	清热去积，如大黄、芒硝等

续表

辨		証	治 法
虛証	形瘦神疲，气短自汗，盗汗，面色苍白，腹痛喜按，便稀软	气虛：肢疲乏力，气短懒言，声音低微，出虛汗，脉細	补气，如党参、黄芪等
		血虛：面色苍白，唇舌指甲淡白，头晕心跳，脉細，舌质淡	补血，如当归、熟地等
		阴虛：自觉烘热，时作时止，或午后潮热，手足心热，咽干口燥，舌紅无苔，或舌紅起刺，舌干，脉数而无力	养阴，如生地、元参等
		阳虛：形寒肢冷，手足冷，阳萎早泄，遗精，脉沉細	溫阳，如附子、肉桂等。
实証	形气充实，气粗，胸胁，脘腹疼痛拒按，便秘	气滞：胀痛，胸闷，嗳气，脉多弦	理气，如木香、枳壳等
		血瘀：多呈持續性刺痛，部位固定，皮肤及舌上可能有紫斑	活血化瘀，如桃仁、紅花等

表证，又称解表法。其他七法主要用于里证。其中清热、和解两法可兼用于表证；泻下法多用于里热、实热；消导法多用于里实；温和补法主要用于寒证和虚证；催吐法可用于误食毒物等。

上述的证和治法的分类是总纲，但是由于疾病总是以某些脏腑经脉的病变为主的，所以需要进一步辨别脏腑证候。同样，在治法方面，为了更明确所针对的病变，临床上除用上述八法的名称外，还常用袪［音驱，qū］风、袪湿、逐水、袪痰、理气、解毒、活血、止血等治法名称。方法：

1．**诊察病情** 包括了解病史和检查体征。值得重视的是除了主症以外，应了解病人对冷热的反应，问清出汗、饮食、大小便情况等。检查体征时要善于辨识人体壮弱，神色声气，舌象，脉象等。因为主症固然重要，但虚实、寒热、表里等常要靠综合起来的情况才能辨识。

2．**分析病状** 可先辨全身的虚实、寒热，再辨表里、脏腑等（见表 2）。这种分析可适当结合解剖、生理、病理的基本知识来认识，有利于分析，但要防止牵强附会。

表 2 五脏证候简表

五脏 \ 证候 \ 性质		虚	实	寒	热
心	气虚	心跳、气短，活动时加重，体虚乏力，怕冷自汗，舌质灰白，脉细弱	[痰火]狂躁乱语，昏迷，舌质红或干裂，脉滑数或实大	[心阳不振]心悸头晕，胸闷，心暴痛，怕冷，肢冷，脉沉迟	心烦，口舌糜烂，失眠，小便色黄量少，舌尖红脉数
	血虚	心悸，失眠，健忘，面色苍白，盗汗，舌质淡红，脉细			
肺	气虚	咳嗽，气短，自汗，畏风怕冷，舌淡，苔薄白，脉虚弱	[痰浊]咳嗽气急、喉中痰鸣、吐痰粘稠、胸胁胀满疼痛，不得眠，苔腻色黄，脉滑	咳嗽气喘不渴，痰多稀薄，鼻流清涕，苔白滑，脉浮弦或滑	咳嗽痰黄或有腥臭味，鼻煽喘促、大便干燥、舌红，苔黄干、脉洪数
	血虚	干咳音哑，喘促，咽燥，潮热，盗汗，颧红，舌赤干，脉细数			
肝		头晕，目弦或目干，视物不清，四肢麻木，筋挛拘急	[肝郁气滞]胸闷胀满，两胁胀痛，嗳气，脉弦	小腹胀痛，呕吐清涎，阴囊缩痛	目赤肿痛，口苦，咽干，头胀，胁痛，舌红，脉弦数
脾		食欲不振，食后腹胀，面黄消瘦或浮肿，气短乏力，大便溏或有脱肛，舌淡白，边有齿痕，脉虚弱	饮食不香，中脘胀闷，身重肿胀，舌苔白腻	腹痛连绵，遇寒而发，食入不化，大便稀薄，肢冷呕吐，舌苔白，脉沉细	腹部时痛时止，能食，小便黄赤，唇赤生疮，身黄色鲜明，口甜粘浊，舌苔黄腻，脉濡数
肾	阴虚	头晕，目弦，耳鸣、耳聋，遗精，腰痛，夜热盗汗，舌红少苔，脉虚细数		怕冷，足和阴囊发凉，精液稀薄，下腹部抽痛，脉沉弦	
	阳虚	怕冷，滑泄遗精，阳萎尿少尿频，腰腿酸软，舌质淡，脉沉迟无力			

3．找出主要証候 表里、寒热、虚实是相对的概念，不仅它们本身具有相对性，而且任何一种疾病或一个具体病人所表现的症状，不可能全部一律属于某一方面的证候。虚中有实或实中有虚，表寒里热或里寒表热之类的情况是经常出现的。因此，在辨证时就要过细地做工作，从全面出发，认真地进行分析研究，抓住主要问题。

4．选择治法 表与里、寒与热、虚与实，在一定的条件下可以互相转化。这里所说的条件，就是人体防御能力的强弱和治疗是否恰当。在疾病的过程中，里证可以转为表证，虚证可以转为实证，寒证可以转为热证。病情可以好转，也可以恶化。因此，我们必须用两个"**极端**"的精神，尽可能创造条件，促使疾病向有利于治愈方面转化。

脏腑之间有密切联系。一个脏腑有病，往往影响到有关的另一些脏腑，所以可出现脏腑兼病的证候。例如：肺热咳嗽病人，可出现咳嗽、痰黄带血（热伤血络）、鼻煽气促（肺开窍于鼻）、大便干燥（肺与大肠相表里）、舌红苔黄而干、脉数等，治疗上可用清肺泻热法，给以麻杏石甘湯。又如：肝胃不和病人，可出现上腹胀痛、两胁作痛、嗳气反酸、食欲不振、舌苔薄黄、脉弦等，治疗上可用泻肝和胃，给以抑肝和胃饮之类。

总之，辨证论治应做到下列几点：

1．从病人的整体出发，过细地诊察病情，防止片面性，不能单凭一方面的依据。

2．运用脏腑和经络、辨证论治的理论分析研究病情。

3．注意人体内外之间、体表与脏腑之间、脏腑与脏腑之间存在的内部联系，掌握其变化其规律，达到治疗目的。

第五章 新医疗法

新医疗法是在无产阶级文化大革命运动中，广大工农兵和革命医务人员高举毛泽东思想伟大红旗，发扬敢想、敢干的大无畏革命精神创造和发展起来的。它在彻底粉碎叛徒、内奸、工贼刘少奇反革命修正主义卫生路线的斗争中不断发展，是落实毛主席“**把医疗卫生工作的重点放到农村去**”的光辉指示的丰硕成果。新医疗法反映出毛泽东时代广大工农兵的无穷智慧，闪耀着战无不胜的毛泽东思想的光辉。

新医疗法为广大工农兵服务，深受广大工农兵欢迎。它不但对常见病、多发病、普遍存在的病疗效明显；甚至那些被资产阶级“专家”、“权威”判为“不治之症”的聋哑、瘫痪等，也被新医疗法一一攻克，变成可治之症。新医疗法的疗效好，药品器械来源广泛，容易为工农兵所掌握，符合多、快、好、省的原则，适应“**备战、备荒、为人民**”的战略需要。

新医疗法吸取了祖国医学的精华，又采用现代医学的长处，体现了“**古为今用，洋为中用**”的伟大方针。

施行新医疗法时，“赤脚医生”和病人必须用毛泽东思想武装头脑，坚持“四个第一”，树立为革命战胜疾病的信心，充分调动人的主观能动作用。治疗过程中，“赤脚医生”必须注意调查研究，抓住主要矛盾，因病因人施治，才能收到满意的效果。

新医疗法是新生事物。我们在实践中“**要认真总结经验**”，不断充实提高，为保障人民健康，发展生产，备战备荒，为社会主义革命和社会主义建设作出贡献。

第一节 新针疗法

针灸是我国劳动人民在同疾病作斗争中创造出来的，已有几千年的历史，是祖国医学遗产的重要部分。

无产阶级文化大革命中，中国人民解放军医务人员高举毛泽东思想伟大红旗，突出无产阶级政治，全心全意为人民服务，发扬**“一不怕苦，二不怕死”**的革命精神，创造性地发展了针刺疗法；而广大工农兵通过亲身实践，又发现了许多疗效好的新穴位；为继承、发扬祖国医学遗产，作出重大的贡献。

新针疗法的“新”，首先在于医务人员和伤病员都自觉地用战无不胜的毛泽东思想武装自己头脑，充分发挥人的主观能动作用，顽强地同疾病作斗争。

新针疗法的特点是：进针快，取穴少，针刺深，刺激强，透穴多，不留针。简便易行，疗效显著。普及新针疗法对于巩固发展农村合作医疗，具有重要的意义。

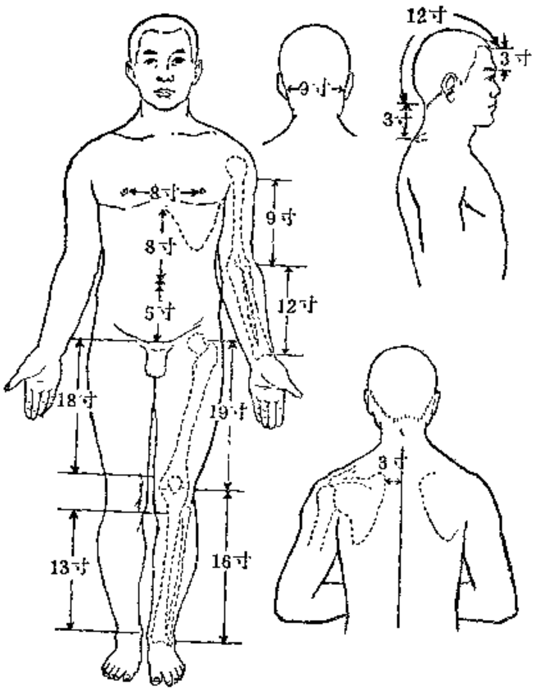


图 5-1 骨度折量法

用具 有毫针、三棱针和皮肤针三种，可根据病人情况、治疗部位和需要选用。准备 75% 酒精棉球一小瓶，供消毒针具和皮肤用。

病人体位 以病人舒服、暴露穴位好、操作方便为原则。有坐位、俯卧、侧卧等几种。

取穴方法

(1) 折量法（骨度法）：将身体不同部位之间规定一定的尺寸，如肘横纹至腕横纹定为 12 寸，不论男女、老少、高矮、胖瘦，都按这一标准分为 12 等份，以 1 份为 1 寸，再按寸数取穴（图 5-1）。

(2) 指量法：主要为同身寸法。即让病人中指与拇指连成环状，以中指中节侧面横纹端之间为 1 寸。另外，也可以病人的食指第一、二指关节的宽度为 1 寸；以食指、中指相并的中部宽度为 2 寸；以食指、中指、无名指、小指相并的中部宽度为 3 寸等（图 5-2）。



（中指同身寸）

图 5-2 指量法

(3) 按体表标志取穴：如两眉正中间是印堂穴，两乳头连线正中间（平第四肋间隙）是膻中穴，两手自然下垂贴大腿外侧，中指尖到达处取风市穴等。

进针法

有两种进针的方法：

(1) 指切快速进针：左手拇指甲紧切在穴位上，右手拇指、食指持针柄，中指、无名指扶针体，迅速刺入皮下，然后将针进到所需深度（图 5-3）。

(2) 点刺进针（图 5-4）：右手拇、食指挟持针体下端，留出针尖 1～2 分，迅速刺入穴位皮下，再进针至所需深度（图 5-4）。

进针的角度有 3 种：直刺（90 度角），最常用，适用于四肢和腰部肌肉丰满处；斜刺（45 度角）及横刺（也称平刺，15 度角），适用于胸背和头面部（图 5-5）。

进针后要使病人"得气"，即针下产生酸、麻、胀、重或触电感（强针感），而后作以下刺激手法：



图 5-3　指切快速进针法

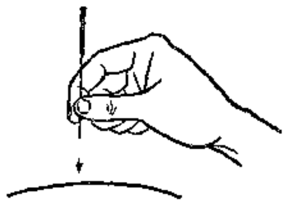


图 5-4　点刺进针

(1) 弧度刮针法：以拇指、食指在针柄上由下而上作弧度旋刮动作，并传至穴位周围，产生疏散传导通电感。

(2) 震颤法：用手指弹击或指甲刮针柄，使针柄均匀震颤并传至穴位周围，产生放散传导通电感。

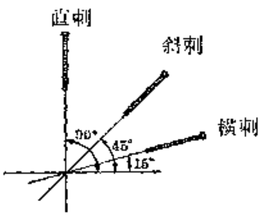


图 5-5　針刺角度示意图

(3) 捻［音碾，niǎn］转提插法：持针柄做捻转或提插（针上下活动，刺激强）。

用以上手法根据病情需要，可以施行强、中、弱的刺激：

(1) 强刺激（泻法）：进针深，用大幅度捻转和提插，病人针感强。适用于实症、热症，有止痛、镇静、催眠等作用。

(2) 弱刺激（补法）：不提插、不捻转或捻转幅度小，有针感即可起针。多用于虚症、寒症、消耗性疾病、功能障碍等。

(3) 中强刺激（平补平泻）：刺激量介于强弱之间，应用最普遍。

手法施行完毕，即可出针。出针时慢慢捻转针柄，快速拔出。颜面部及易出血部位，拔针后压迫 1～2 分钟，以免出血。

注意事项

毛主席教导我们说：“**我们的责任，是向人民负责。**”新针疗法虽

然简单易行，但必须有高度责任感，以免产生不良后果，给病人带来不应有的痛苦和损伤。治疗前，应做好病人的政治思想工作，使他增强战胜疾病的信心。应全面掌握病情，进行细致分析，然后做出治疗方案，并随时根据病情变化，辨证施治。严重出血性疾病，恶性肿瘤的局部，严重心力衰竭，以及对针刺过度紧张的病人不宜针刺。孕妇不宜针刺合谷、三阴交、足三里、命门、肾俞和下腹部穴位。

用针前，要认真检查针体是否有弯、钩、锈，针柄是否松动（特别注意针体和针柄连接处）等。针刺前要安排病人采取适当的体位。用 75% 的酒精棉球消毒皮肤和针。

针刺意外情况的预防和处理

（1）晕针：指扎针后病人出现头晕、心慌、脸苍白、出冷汗等症状，甚至突然晕倒。这时，应迅速拔针，让病人平躺，头放低，喝些热水，多可恢复。重的可用指掐压人中。饥饿、劳累、精神过度紧张、体质衰弱等易诱发晕针，遇到这些情况，应嘱病人休息或吃些食物后再针，可取卧位，用弱刺激。

（2）滞针：捻针或起针时发滞，甚至起不出来，叫滞针。多是局部肌肉紧张所致。这时不要硬拔，可稍等一会儿，轻轻按揉周围皮肤，或小弧度捻转，即可退出。

（3）弯针：进针用力过猛或进针后病人体位变动，可造成弯针。此时不要捻转和用力起针，应将病人体位复正，顺着针弯慢慢起针。

（4）折针：针的质量不好，日久生锈或病人体位变动，可引起折针。此时要沉着，不让病人活动。如折端露出体外，可用镊子夹出；如折端在体内，要尽快手术取出。

（5）气胸：胸背部或锁骨上区针刺过深，可刺破肺，致气体进入胸腔，发生气胸。此时病人突感胸痛，呼吸困难，发绀，出冷汗。检查气胸侧肺区叩诊鼓音，听诊呼吸音减弱，气管移向对侧。因此，针刺胸背部穴位时，应加强责任心，选好体位，嘱病人勿咳嗽，根据病人胸壁厚度，掌握进针深度，采用斜刺或横刺，不可过深。如一旦发生气胸，轻的可吸收自愈，重的应立即送医院治疗。

常 用 穴 位

【头、面、颈部】

1. **人中** 在人中沟中、上1/3交界处。向上斜刺3～8分。

2. **地仓** 口角旁开4分。斜刺3～5分，也可透刺颊车穴。

3. **迎香** 鼻翼旁开5分，鼻唇沟中。向内上方斜刺3～5分。

4. **印堂** 两眉头联线的中点（即两眉头的中间）。斜刺3～4分。

5. **睛明** 眼内眦[音自，zì]内1分许。仰卧或端坐，头稍后仰，以左手食指将眼球稍推向外侧固定，然后进针，针尖稍向外偏斜，对眶尖，沿眼眶内缘缓慢进入，针5分～1.5寸深。一般不提插，不捻转（或只作轻微的捻转、提插），防止出血。

6. **四白** 眼平视，瞳孔直下1寸，相当于眶下孔部位。刺2～3分。

7. **阳白** 眼平视，眉毛中央上1寸，直对瞳孔。横刺3～5分（以上见图5-6）。

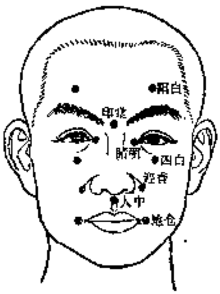


图 5-6 人中、地仓、迎香、印堂、睛明、四白、阳白穴

8. **太阳** 眉梢与眼外眦之间向后开1寸凹陷处。斜刺5分～1寸。透刺率谷穴治偏头痛。

9. **下关** 下颌小头前方，颧弓后下缘凹陷处，闭口取穴。直刺5分～1寸。

10. **颊车** 下颌角前上方约1横指，咀嚼时肌肉隆起处。直刺或斜刺5分～1寸。

11. **扁桃体** 颊车下1横指。针刺时，针直接刺入扁桃体。可刺2.5寸深。

12. **率谷** 耳尖直上入发际1.5寸，咀嚼时有牵动处。斜刺3～5分，或透刺太阳。

13、**百会** 后发际上7寸，头顶正中线与两耳尖联线的交点。横刺5分～1寸。体弱、头晕的用灸法。

14. **上星** 头正中线入前发际1寸。横刺3～5分（以上见图 5-7)。

15. **翳〔音医，yī〕风** 耳垂后方，乳突前下方凹陷处，张口取穴。针尖稍向前上方刺1.5～2寸。

16. **翳明** 乳突下缘，翳风后1寸处。直刺或稍偏前斜刺1～1.5寸。

17. **安眠$_2$** 翳明与风池穴联线中点。直刺1.5～2寸。

18. **后听会** 翳风穴上5分凹陷处，与耳壳前的听会穴相平。略向前下方斜刺1.5～2寸。

19. **兴奋** 乳突后上缘，安眠$_2$斜上5分，直刺1.5～2寸（以上见图 5-8）。

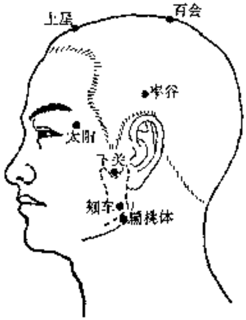


图 5-7 太阳、下关、颊車、扁桃体、率谷、百会、上星穴

20. **听宫** 耳屏中点前缘与下颌关节之间凹陷处，微张口取穴。直刺1～2寸。

21. **耳门** 听宫穴上方，与耳屏上切迹相平处。稍向下斜刺1～2寸。

22. **听会** 听宫穴下方，与耳屏间切迹相平，张口取穴。直刺1～2寸。

23. **听穴** 在听宫与听会穴连线的中点，略张口，直刺1～2寸(以上见图 5-9）。

24. **哑门** 后正中线第一、二颈椎棘突间，相当入后发际5分。直刺或向喉结（甲状软骨）方向刺入1～1.5寸。

25. **新设** 第四颈椎横突尖端，风池穴下，后发际下1.5寸处。直刺5分～1寸。



图 5-8 翳风、翳明、安眠2、后听会、兴奋穴

26. **风池** 颈后枕骨下，与乳突下缘相平，大筋外侧凹陷处。针尖向对侧眼窝方向刺入1～2寸，或透



图 6-9 耳門、听宫、听会、听穴穴

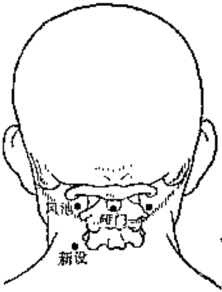


图 5-10 瘂門、新設、风池穴

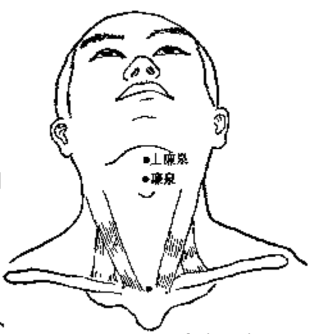


图 5-11 廉泉、上廉泉穴

刺对侧风池穴（以上见图 5-10)。

27. **廉泉** 喉结上方凹陷处。稍向上斜刺 5 分～1 寸。

28. **上廉泉** 仰头，喉结上 1 寸，舌骨上方。向舌根方向斜刺 2 寸，或出针至皮下再分别向舌根两侧斜刺 1.5～2 寸（以上见图 5-11）。

【上肢部】

29. **十宣** 两手十指尖端距指甲約 1 分许，点刺出血。

30. **中冲** 中指尖距指甲約 1 分许（十宣穴之一）。直刺 1 分或点刺出血（以上见图 5-12)。

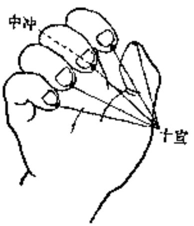


图 5-12 十宣、中冲穴



图 5-13 合谷穴

31. **合谷** 拇、食两指张开，以另手拇指关节横纹放在虎口边上，拇指尖到达之处，也即第一、二掌骨结合部与虎口边缘联线的中点，稍偏食指侧。直刺或斜刺 5 分～1 寸（图 5-13)。

32．列缺　腕横纹桡侧端上1.5寸，即两手虎口交叉，食指尖下所指骨凹陷处。向上斜刺1～1.5寸（图5-14）。

33．后溪　轻握拳，第五掌骨小头后方，掌横纹头处。直刺5分～1寸（图5-15）。



图 5-14　列缺穴



图 5-15　后溪穴

34．少商　拇指桡侧距甲根約1分许。直刺1分或点刺出血。

35．四缝　第二、三、四、五手指掌面的中节(第一、二指关节)横纹中点。浅刺，从针孔中挤出少许黄白色透明液体。

36．牙痛　手掌面，第三、四掌骨间，距掌指横纹后約1寸。直刺5分深。

37．鱼际　第一掌骨掌侧中点赤白肉际处。直刺5分～8分深。

38．神门　仰掌，腕横纹尺侧端稍上方凹陷处。直刺或斜刺5～8分。

39．内关　伸臂仰掌，腕横纹上2寸，两筋之间。直刺5分～1寸。或透刺外关穴。

40．间使　内关直上1寸。直刺1～1.5寸。

41．臂中　伸臂仰掌，腕横纹与肘横纹联线中点，两骨之间直刺至对侧皮下（以上见图5-16）。

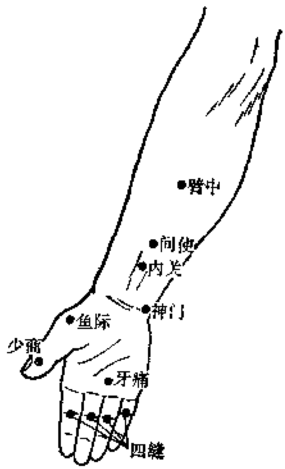


图 5-16　少商、四縫、牙痛、魚际、神門、内关、間使、臂中穴

42．少泽　小指甲根尺侧角外

1分许。直刺1分许。

43．**落枕** 手指第二、三掌骨间，掌指关节后5分。直刺或斜刺5分～1寸。

44．**中渚**[音主，zhǔ] 俯掌，轻握拳，手背第四、五掌骨间，掌骨小头后1寸。直刺或向上斜刺1.5寸。

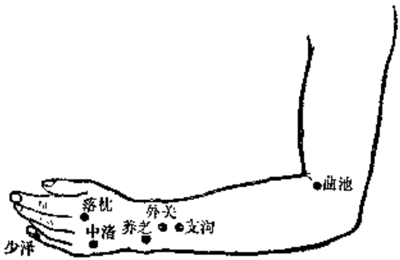


图 5-17 少泽、落枕、中渚、养老、外关、支沟、曲池穴

45．**养老** 屈肘，掌心对胸，尺骨小头桡侧缘上2分骨縫中。向内关穴方向斜刺1～1.5寸。

46．**外关** 腕背横纹上2寸，两骨之间。直刺或斜刺5分～1.5寸。

47．**支沟** 外关穴直上1寸。直刺1～1.5寸。

48．**曲池** 曲肘成90度，肘横纹桡侧头稍外方。直刺1～2寸。或透刺少海穴（以上见图5-17）。

49．**臑**[音如，rú]**上** 三角肌正中央。直刺1～2寸。

50．**肩髃**[音鱼，yú] 臂外展平举，在肩关节上出现两个凹窝，本穴就在前面的凹窝中；或垂肩时，锁骨肩峰端直下約2寸的骨縫中。斜刺入骨縫中1～1.5寸（以上见图5-18）。

51．**肩贞** 垂臂合腋，在腋后皱襞尽头上1寸。直刺1～2寸（图5-31）。



图 5-18 臑上、肩髃、肩髎穴



图 5-19 少海穴

52．**肩髎**[音辽，liáo] 肩峰的后下方，上臂外展，肩髃穴后約1寸的凹陷处。直刺1～2寸（图5-18）。

53．**少海** 屈肘，肘横纹尺侧端与肱骨内上髁[音科，kē]之间。直刺5分～1寸（图5-19）。

【下肢部】

54．**环跳** 侧卧，伸直下面腿，屈上面腿成90度，以拇指指关节横纹压在大转子上，指头指向脊柱，拇指尖到达处。直刺2～3寸（图5-20）。

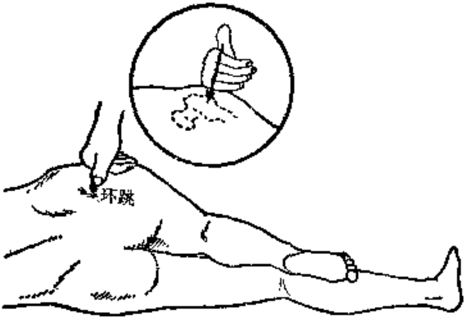


图 5-20 环跳穴

55．**血海** 正坐屈膝，股骨内上髁上2寸，股内侧肌隆起处的中央。或者面对病人用(左)手掌放在病人的（右）膝盖上，掌心正对髌骨，拇指尖所到之处。直刺或稍向上斜刺1.5～3寸。

56．**百虫窝** 大腿内侧，血海穴上1寸处。直刺2.5寸。

57．**健膝** 屈膝，髌骨上3寸。直刺或斜刺1～2寸（以上见图5-21）。

58．**髀**[音臂，bì]**关** 伏兎穴（髌骨外上缘直上6寸处）直上与会阴水平线的交点。直刺1～3寸。

59．**迈步** 髀关穴下2.5寸。直刺1～3寸（以上见图5-22）。

60．**趾平** 足背趾跖关节中点，左右共10穴。斜刺3～5分。

61．**行间** 足蹰和第二趾趾缝后約5分处。斜刺5分～1寸。



图 5-21 血海、百虫窝穴

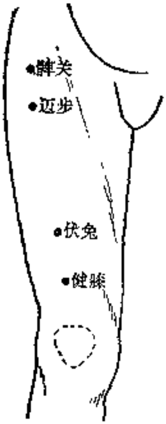


图 5-22 健膝、迈步、髀关穴

62．**隐白** 足蹞趾内侧，距趾甲角1分许。直刺1～3分。

63．**内庭** 足背第二、三趾缝间后5分处。直刺或斜刺5分～1寸。

64．**太冲** 足背第一、二趾缝上1.5寸处。即第一、二跖骨接合部前的凹陷处。直刺5分～1寸。

65．**解溪** 踝关节前横纹上，两筋之间，与外踝尖平齐。直刺5分～1寸。

66．**犊**[音读，dú]**鼻**（外膝眼） 屈膝，髌骨下外侧凹陷中。稍向内侧斜刺5分～1寸，或沿髌韧带后透刺内膝眼穴。

67．**足三里** 犊鼻下3寸，胫骨外缘約1横指处。直刺1.5～3寸。

68．**阑尾** 足三里下2寸。直刺1.5～3寸。

69．**条口** 足三里下5寸。直刺1～2.5寸，可透承山。

70．**阴陵泉** 屈膝，胫骨内髁下缘凹陷处，与胫骨粗隆平齐。直刺1.5～2寸。或透刺阳陵泉穴。

71．**地机** 阴陵泉下3寸，胫骨后缘。直刺1～2寸。

72．**中都** 内踝尖直上7寸，胫骨内缘。直刺1～2寸(以上见图

5-23)。

73．**丘墟** 外踝前下方凹陷处。斜刺5分～1寸。

74．**昆仑** 外踝尖与跟腱连线中点。斜刺1～1.5寸或透刺太溪穴。

75．**悬钟**(绝骨) 在外踝尖直上3寸，腓骨后缘。直刺1.5～2寸。

76．**丰隆** 外踝上8寸，相当于外膝眼与外踝尖连线的中点，胫骨前缘外开2横指，胫腓骨之间。直刺1～3寸。

77．**阳陵泉** 腓骨小头前下缘凹陷处。直刺1.5～2寸或透刺阴陵泉。

78．**胆囊** 阳陵泉下1横指处。直刺1.5～2寸。

79．**足益聪** 腓骨小头直下3寸。沿腓骨后缘直刺或稍向上斜刺1.5～3寸。

80．**上巨虚** 足三里下3寸。直刺1.5～3寸。

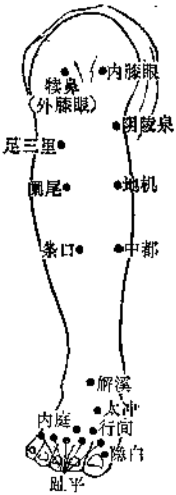


图 5-23 趾平、行间、隐白、内庭、太冲、解溪、条口、阑尾、足三里、犊鼻、阴陵泉、地机、中都穴

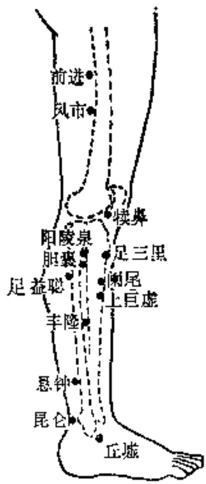


图 5-24 丘墟、昆仑、悬钟、丰隆、阳陵泉、胆囊、足益聪、上巨虚、前进穴

81．**前进**　风市穴上2.5寸。直刺1.5～2.5寸（以上见图5-24）。

82．**风市**　两手自然下垂，中指尖在大腿外侧到达之处。直刺1.5寸～3寸（图5-25）。



图5-25　风市穴



图5-26　太溪、复溜、三阴交、纠外翻穴

83．**太溪**　内踝尖与跟腱联线的中点。斜刺1～1.5寸或透刺昆仑穴。

84．**复溜**　内踝尖上2寸，胫骨内缘后5分。直刺1～1.5寸。

85．**三阴交**　内踝尖直上3寸，胫骨后缘稍后。直刺1.5～2寸或透刺悬钟穴。

86．**纠外翻**　三阴交下5分。直刺1～2寸（以上见图5-26）。

87．**承扶**　臀横纹中央。直刺1～3寸。

88．**殷门**　承扶穴与委中穴（腘横纹中央）联线中点上1.5寸处。直刺1.5～3寸。

89．**直立**　腘横纹中央上4.5寸，偏内5分。直刺1～3寸。

90．**承山**　用力伸足，在小腿后面正中出现"人"字形的凹陷处，即是本穴。如"人"字不显，可从委中穴与昆仑穴联线的中点取穴。直刺1～3寸。

91．**纠内翻**　承山穴外1寸。直刺5分～1.5寸。

92．**落地**　腘横纹中央直下9.5寸，相当于小腿中、下⅓交界

处。直刺 1～2 寸。

93. **跟平** 内外踝连线交跟腱处。直刺 3～5 分（以上见图 5-27）。



图 5-27 承扶、殷門、直立、承山、糾内翻、落地、跟平穴

94. **湧泉** 足底（不包括脚趾）前、中⅓交界处，当二、三趾跖关节后方，蹬足底时呈凹陷处。直刺 5 分～1 寸（图 5-28）。

【胸腹部】

95. **天突** 胸骨柄上缘凹缘处。先直刺 2 分深，然后转向下沿胸骨后壁刺 1.5～2 寸。注意不宜过深。

96. **中府** 锁骨下 1 寸，前正中线旁开 6 寸处。向外上斜刺 5分～1 寸。

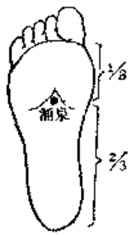


图 5-28 涌泉穴

97. **膻中** 在两乳之间，胸骨中线上，平第四肋间隙，向上或向下横刺 5 分～1 寸。

98. **鸠尾** 剑突下，脐上 7 寸。向下斜刺 5 分～1 寸。

99. **上脘** 前正中线，脐上 5 寸。直刺 1～2 寸。

100. **中脘** 前正中线，脐上 4 寸。直刺 1.5～2 寸。

101. **梁门** 中脘旁开 2 寸。直刺 1～2 寸。

102. **天枢** 平脐，旁开 2 寸。直刺 1.5～2.5 寸。

103. **水分** 前正中线，脐上 1 寸。直刺 1～2.5 寸。

104. **大横** 平脐，旁开 4 寸。直刺 1～2.5 寸。

105. **气海** 前正中线，脐下 1.5 寸。直刺 1.5～2.5 寸。对气虚体弱的可以用灸法。

106. **止泻** 前正中线，脐下 2.5 寸。直刺 1.5～2 寸。

107. **关元** 前正中线，脐下 3 寸。直刺 1.5～2.5 寸。

108. **中极** 前正中线，脐下 4 寸。直刺 1.5～2.5 寸。

109. **曲骨** 前正中线，脐下 5 寸。直刺 1～2 寸。

110. **横骨** 脐下 5 寸，曲骨穴旁开 5 分。直刺 1～2 寸（以上见图 5-29）。

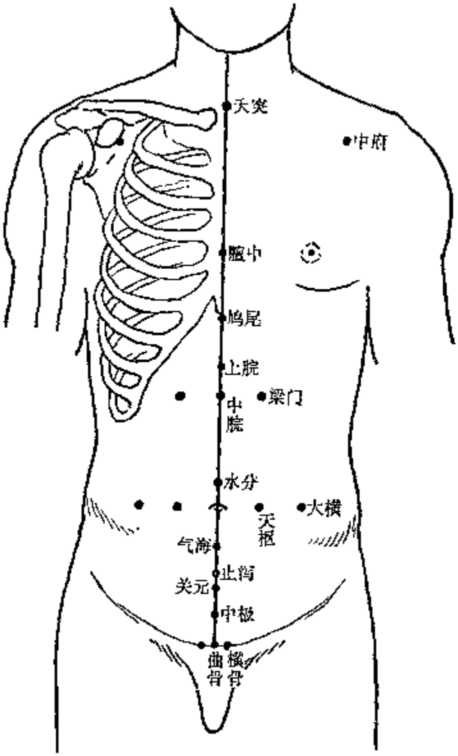


图 5-29 天突、中府、膻中、鸠尾、上脘、中脘、梁門、天枢、水分、大横、气海、止泻、关元、中极、曲骨、横骨穴

111. **提托**　关元穴旁开4寸。直刺8分～1寸。

112. **维胞**　髂前上棘下内方凹陷处，相当于关元旁开6寸。向下内沿腹股沟方向斜刺2～3寸。

113. **归来**　中极穴旁开2寸。直刺1～2寸。

114. **子宫**　中极穴旁开3寸。直刺1.5～2寸（以上见图5-30）。



图 5-30　提托、维胞、归来、子宫穴

【腰背部】

115. **大椎**　第一椎节上（第7颈椎与第1胸椎棘突之间）。稍向上斜刺1～1.5寸。

116. **定喘**　大椎穴旁开5分。直刺1寸许。

117. **至阳**　第7、8胸椎棘突之间。稍向上斜刺1～1.5寸。

118. **肝热**（中喘）　第5、6胸椎棘突间旁开5分。直刺5分～1寸。

119. **命门**　第2、3腰椎之间。稍向上斜刺1～1.5寸。

120. **十七椎下**　第5腰椎棘突下凹陷处。直刺1～1.5寸。

121. **长强**　后正中线，尾骨端下5分处。膝胸位取穴，向上斜刺1～1.5寸。

122. **肺俞**　[音书，shū]　第3、4胸椎棘突间旁开1.5寸。斜刺5分～1寸。

123. **膈俞**　第7、8胸椎棘突间旁开1.5寸。斜刺5分～1寸。

124. **肝俞**　第9、10胸椎棘突间旁开1.5寸。斜刺5分～1寸。

125. **胆俞**　第10、11胸椎棘突间旁开1.5寸。斜刺5分～1寸。

126. **胃俞**　第12胸椎和第1腰椎棘突间旁开1.5寸。斜刺1～1.5寸。

127. **肾俞**　第2、3腰椎棘突间旁开1.5寸。直刺1.5～2.5寸。

128. **大肠俞**　第4、5腰椎棘突间旁开1.5寸。直刺1.5～2寸。

129. **八髎**　上、次、中、下髎，左右共8穴，合称八髎，依次为第一、二、三、四骶后孔中。直刺1.5～3寸（以上见图5-31）。

另外，患病局部有压痛反应（部位不定），用作针刺治疗的地方，叫阿是穴。

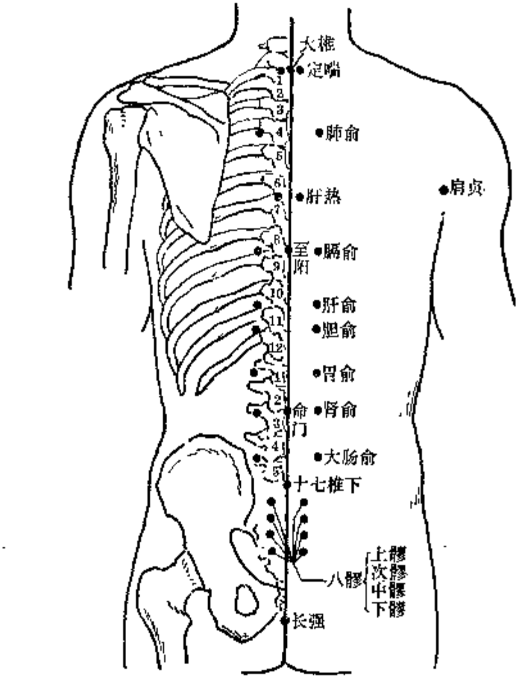


图 5-31 肩贞、大椎、定喘、至阳、肝热、命門、十七椎下、长强、肺俞、膈俞、肝俞、胆俞、胃俞、肾俞、大肠俞、八髎穴

常見病症的針刺取穴

在本书各章常见疾病中已作针刺取穴介绍的，在此不列入。

神经性头痛：风池（26）、合谷（31）；百会（13）、列缺（32）、太阳（8）。

偏头痛：风池（26）、太阳（8）、合谷（31）；列缺（32），太冲（64）。针风池、太阳透率谷（12），颞部应有沉胀感；刺合谷时，针感传导至肘、肩部。

后头痛：风池（26）、后溪（33）；百会（13）、昆仑（74）。风池透风池，后头部应有沉麻感；针后溪时，针感应传导至肘部或腋后部。

咽炎：合谷（31）、内庭（63）、少泽（42）、天突（95）。

流泪：睛明（5）、球后（眶下缘，外¼与内¾交界处。沿眶下缘，从外斜向内下，向视神经孔方向刺入1～1.5寸）、太阳（8）。

耳鸣：听宫(20)、翳风(15)；外关(46)、合谷(31)、听会(22)。

鼻衄：取大椎（115）点刺放血。

胸胁痛：内关（39）、阳陵泉（77）、膻中（97）、太冲（64）。

肋间神经痛：支沟（47）、绝骨（75）、膻中（97）、阳陵泉(77)。支沟透间使（40）。止痛效果不明显时，深刺阳陵泉。

心慌、气短：内关（39）、膻中（97）；神门（38），天突（95）。

心绞痛：内关（39）；间使（40）、足三里（67）。

下腹痛：关元（107）、中极（108）、命门（119）。

腹胀：气海（105）、天枢（102）、阴陵泉（70）。

便秘：阳陵泉（77）、支沟（47）、气海（105）。

胃酸过多症：水上（水分穴上5分，直刺1.5～2寸）、至阳(117)下半寸。水上穴进针，向剑突方向透针2寸，退针至皮下，再转向胆囊方向透针2寸。至阳穴下半寸进针，向下透针2寸。均取强刺激，不留针，每日1次。

呕吐、呃逆：内关（39）、中脘（100）、足三里(67)、天突(95)。

脱肛：承山（90）、长强（121）、百会（13）。深刺承山。针长强时，针尖刺向肛门。效果不佳，可配百会，或用艾卷悬灸百会10分钟。

遗尿、尿潴留：三阴交(85)、关元(107)、气海(105)、中极(108)。

神经性尿频：中极（108）、三阴交（85）；百会(13)、关元(107)、阴陵泉（70）。

腱鞘囊肿：在囊肿基部四周刺4针，成十字形。顶端直刺1针，共5针。针后挤出液体，并按摩及加压包扎。

眩晕：内关（39）、风池（26）、百会（13）、太冲（64）。风池透风池，内关透外关，得气后退针。

失眠：足三里（67）、安眠$_2$(17)；神门（38）、三阴交（85）。

落枕：养老（45）、落枕（43）、绝骨（75）、风池（26）。

〔附〕 手针疗法

方法 在图5-32的号码部位，用毫针直刺进针约0.5厘米，针靠近骨膜，但不刺入骨膜，病人有酸、麻、胀感。适当提插，留针1～2分钟后起针。针前皮肤及针要认真消毒。

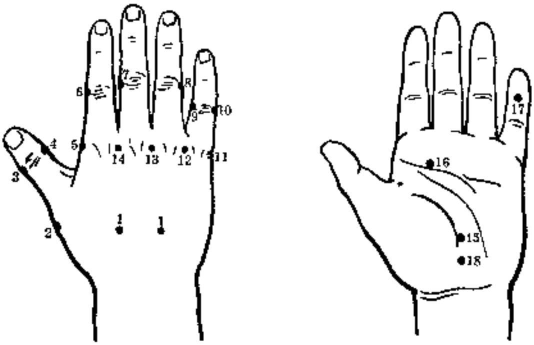


图5-32 手针穴位示意图

1—腰腿点；2—踝点；3—胸点；4—眼点；5—肩点；6—前头点；7—头顶点；8—偏头点；9—会阴点；10—后头点；11—脊柱点；12—坐骨神经点；13—咽喉点；14—颈项点；15—胃肠点；16—咳喘点；17—夜尿点；18—足跟点

按病痛部位选点：

头颈部：头痛1,6,7,10；偏头痛8；落枕、颈扭伤14。

面部及五官：三叉神经痛13，10；牙痛13；扁桃体炎、咽喉炎10,13；眼部炎症及青光眼的眼痛4；耳鸣、鼻塞11。

腹部：急性胃肠炎、胃肠痉挛、单纯性阑尾炎6,15；吐、泻3；呃逆10；慢性胃肠炎、溃疡病、消化不良、胆道蛔虫病15；肝、胆、脾区痛8。

胸部：咳喘病16；肋间神经痛、带状疱疹3；

脊柱及四肢：腰腿痛、急性扭伤1,11；坐骨神经痛、臀或髋部痛12；膝、趾关节痛6；踝部扭伤及风湿2；足跟痛18；肩痛5；臂痛10。

其他：夜尿17；肛裂痛9；癫痫发作3。

第二节 耳针疗法

耳针疗法是用小毫针、皮内针或其他方法刺激耳穴进行治病的方法。操作简便，效果迅速而显著，又可节省药物，对战备很有意义。

人体有许多经脉循行于耳。耳壳上有各脏器的代表区(图 5-33)。脏器有病时，其代表区内有压痛或形态变化，而且刺激这些点可以治疗相应脏器的病症，这就是耳壳经络和耳穴的作用。但过去耳针疗法并未受到重视。在毛主席无产阶级革命卫生路线指引下，耳针疗法通过广大革命医务人员的实践，有了很大的发展提高。根据不完全的统计，耳针能起治疗作用的病症，不下六、七十种。尤其突出的是耳针的镇痛作用，如对

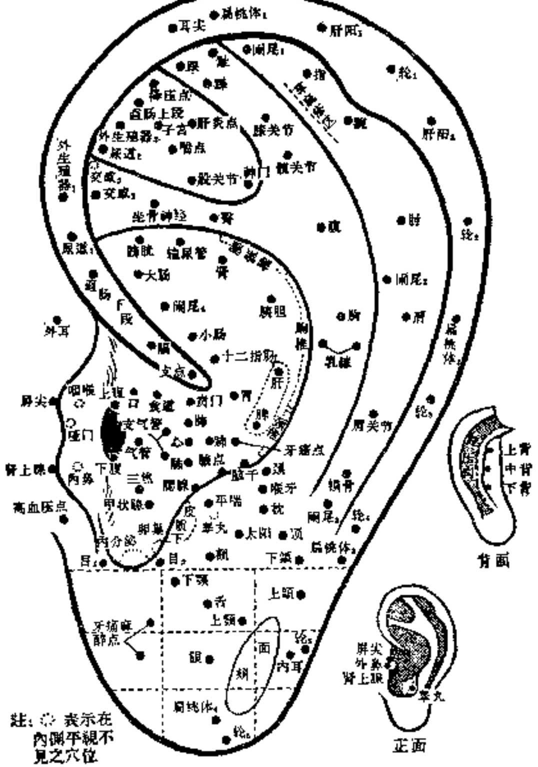


图 5-33 耳针穴位示意图

各种神经痛、牙痛、咽痛、胃痉挛、痛经等，都有显著的效果。方法如下：

1. 取穴原则

(1) 按病变部位取穴，如胃痛针"胃"，胆道蛔虫针"胆"等。

(2) 按生理及病理机制取穴，如胸、腹腔脏器疾病针"交感"，内分泌紊乱引起的疾病针"内分泌"，神经衰弱针"皮质下"等。

(3) 按经验取穴，如镇静、止痛、调整功能针"神门"，咳喘病针"平喘"，高血压针降压沟或高血压点等。

(4) 按脏腑学说取穴，如治皮肤针"肺"（肺主皮毛），治耳针"肾"（肾开窍于耳）等。

(5) 取穴要少而精，一般用同侧，少数可用双侧或对侧，也可斜刺透穴。

根据上述原则，耳针治疗最常取神门、交感、内分泌、皮质下、肾及与病变器官或部位相应的耳穴。

2. 找反应点　治疗前先用毫针柄在患病器官的代表区内，用均匀的压力探寻压痛明显点；或用针柄探出最痛点。有时敏感点有形态变化，如变形、小红点、小黑点、脱屑或小疱等，可供识别。消毒后将针刺入软骨内，但不穿透。病人有强烈的痛或酸、麻、胀、重感。

3. 治疗方法　治疗急性病时，每日针1次，留针20分钟，间歇捻转；或不留针。治疗慢性病时，可用胶布将皮内针（可截取毫针前段，弯曲成直角制成）固定在耳内1～2天，嘱病人定时按压留针处加强刺激，起针后隔1天可重做或另选点做，10～15日一疗程；或一次留针7日。除了针刺，还可以将某些药物，如維生素乙$_1$、乙$_{12}$或中药针剂，注入耳穴，也有良好效果。

4. 注意事项

(1) 耳部及针均应酒精消毒，防止引起耳壳感染。

(2) 正确诊断，辨证选穴，准确探寻反应点，是治疗成败的三个主要环节。

(3) 用耳针疗法的同时，应根据病因采取必要的其他治疗。如牙痛多因龋齿所致，所以要处理龋齿。

(4) 耳壳冻伤、炎症部位不宜行针。有瘢痕处可在代表区的耳壳背部取穴进针。

(5) 妊娠2～5月最好不针，第5～9月勿针子宫、卵巢、内分泌、腹等穴。

第三节　经穴注射疗法

经穴注射疗法是在祖国医学脏腑经络学说和针灸实践的基础上发展起来的新疗法，包括小剂量穴位注射、俞穴督脉深部注射以及水针疗法等。

小剂量穴位注射，创始于1958年我国革命和生产的大跃进的时期，但是遭到叛徒、内奸、工贼刘少奇的反革命修正主义卫生路线的压制，遭到资产阶级医学"权威"的歧视。直到无产阶级文化大革命，这种疗法才又被工农兵发掘、发展起来，成为新医疗法的一个重要部分。从这种治疗方法的曲折发展过程，充分说明在科学技术领域，同样存在着无产阶级和资产阶级之间的尖锐、复杂的阶级斗争。

小剂量穴位注射

这种疗法的适用范围，和新针疗法大体上相同。在抗感染方面，穴位注射的疗效比较突出。方法如下：

1．治疗前应向病人作好解释，说明治疗后可能出现的正常反应，如局部酸胀、发沉等。

2．选好经穴，局部皮肤消毒。用针头刺入穴位，探得针感(小儿可直接注射)。然后，每个穴位注入药液0.3～0.5毫升。一般以中等速度推药；对体壮实热病人，推药速度可快，药液浓度可稍高；对久病体虚者，药液浓度宜小，慢推。

3．根据病情，急性病1日2次，其他病每日或隔日1次。7～14日为1疗程，两疗程间休息3～5日。

4．药物的选择，应注意：

(1) 容易吸收且无副作用。

(2) 有一定的刺激性，如不宜用生理盐水。但不可用化学性强的药，如氯化钙等。

(3) 最好按药性对症施治。常用药物如：10～20％双花注射液或抗菌素用于感染性疾病；复方柴胡或安乃近注射液对流感、发热有退

热镇痛作用；5～10% 川芎注射液治疗风湿性腰腿痛效果较好；5～10%白芥子或白胡椒注射液治疗慢性支气管炎、肺气肿有止咳定喘的效果；胎盘组织浆和維生素乙₁、乙₁₂注射液适用于慢性肝炎、慢性肾炎、潰瘍病等慢性病和年老体弱病人；氯丙嗪用于镇靜催眠；阿托品用于缓解胃肠、胆道痉挛等。

5．注意事项与新针疗法相同。并注意：头面部注射量要少，关节与眼附近注射时勿注入关节腔或眼眶內，年老体弱或首次治疗时穴位要少。孕妇尤要愼重。

6．选穴大体与新针疗法同，见有关章节。下表可供参考：

穴位注射疗法选穴参考表

病名	主穴	配穴
感冒	合谷、大椎	发热配曲池，头痛配风池
支气管哮喘	定喘	天突、膻中
支气管炎	肺兪	曲池（急性）、孔最（前臂桡側，腕横紋上7寸）（慢性）
慢性胃炎、潰瘍病	中脘、胃兪	足三里、潰瘍点（第12胸椎两側旁开5寸）
高血压	血压穴（第6、7頸棘突間两側旁开2寸）、肝兪	曲池、足三里
脑血管病恢复期	半身不遂取肝兪、肾兪	失語配廉泉，血压高配曲池、血压穴，上肢配外关、內关，下肢配阳陵泉
月經不調	脾兪、肝兪	三阴交、关元
慢性肝炎	肝兪、肝炎穴（內踝上2寸）	
肾炎	肾兪、肾热（第7、8胸椎棘突間旁开5分）	中极
蕁麻疹、湿疹、皮肤搔痒	大椎、肺兪、曲池	下肢配血海，上半身配鳩尾，湿疹配三阴交，痒加大杼（第1、2胸椎棘突間旁开1.5寸）
面神經麻痹	牵正穴（耳垂前0.5～1寸），地仓	迎香、太阳

病　名	主　　穴	配　　穴
阳萎，遗精	肾俞、中极	
腰背痛	阿是穴	肾俞
慢性关节炎	悬钟、阳陵泉（下肢）；大椎、曲池（上肢）	
肺　炎	肺俞、肺热（第3、4胸椎棘突間旁开5分）、大椎	曲池、合谷
神經衰弱	心俞（第5、6胸椎棘突間旁开1.5寸）、肝俞	失眠配內关、足三里
头　痛	风池、合谷	列缺、太阳、印堂
結　核	結核穴（大椎穴旁开3.5寸）	

俞穴、督脉深部注射

主要用于小儿麻痹、神经麻痹、神经炎等。

俞穴深部注射　在俞穴进针。各俞穴均距背中线1.5寸，属膀胱经（图1-32）。如下肢麻痹取肾俞、大肠俞，向内呈45度角刺入3～4厘米（儿童2～3厘米），将药注在棘突旁肌肉深部，病人有酸、麻、胀感。凡可供皮下注射的药物均可选用，常用为維生素乙$_{12}$ 100～500微克。

督脉硬脊膜外注射　脊脉循行在背部中线（图1-36），但本法多选在第二腰椎以下的棘突间隙（即命门、腰阳关穴或其附近）进行。病人侧卧，头胸前屈，双手抱膝，使腰椎棘突间距张开。儿童须由家属协助保持上述体位（图5-34）。皮肤、操作者的手

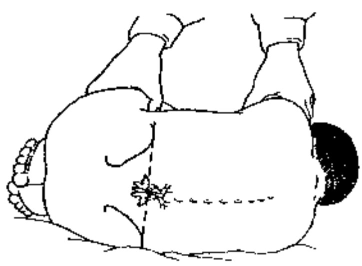


图 5-34　督脉硬脊膜外注射的体位

及注射器应认真消毒。在两髂嵴连线附近选一棘突间隙，持注射器（成人用长针头）内装維生素乙$_{12}$ 100～500微克，稍朝头侧方向刺入，刺经棘突间韧带时有韧性感。如遇骨性阻力，可稍换方向再刺。儿童深約2～3厘米（成人 3～5 厘米)时韧性感消失，即作抽吸，如无脑脊液抽出即可注药。或先试注空气 2 毫升，注药或注气毫无阻力，说明深度适宜（图5-35）。注意：如抽吸有脑脊液，说明针头刺入蛛网膜下腔，禁止注药，可将针退到皮下深层注射。

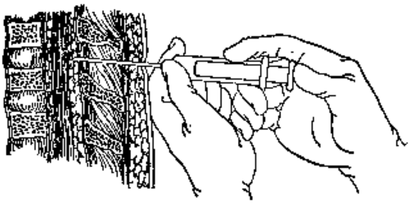


图 5-35 督脉硬脊膜外注射的深度、层次示意图

水 針 疗 法

主要用于慢性腰腿痛、肩背痛、软组织陈旧性损伤。方法如下：

1. **选穴** 多取局部的痛点，也可按照针灸疗法选穴。选点时要抓住主要矛盾。例如：不少的腰腿痛，以腰部病变为主，腿痛是腰部病变引起的，应当先选腰部注射。软组织陈旧伤，常以肌肉起止处的改变为主，应选这些部位。一般应选压痛最明显的点或有放散痛的点（图5-36）。

2. **用药** 常用5～10％葡萄糖和复方氯化钠液，其中可加維生素乙$_1$或某些中草药针剂。应选刺激性较小的药。选用中草药应考虑药性和病症相适应，如寒症不可用寒性药，宜用溫性药。每个注射点用药 3～20 毫升（根据软组织厚度而定）。

3. **操作** 局部消毒。执笔式持注射器接长针头，对准注射部位刺入。刺入一定深度，局部出现酸、麻、胀感时，推药。推药前应试抽针芯，看有无回血，以免把药注入血管内。量少的药物可一次注入；药量多时可将药液分层注入局部，针刺至一定深度后，先注药量的 1/3，慢慢往外抽针，边抽边注，直至将药液全部注入局部后拔

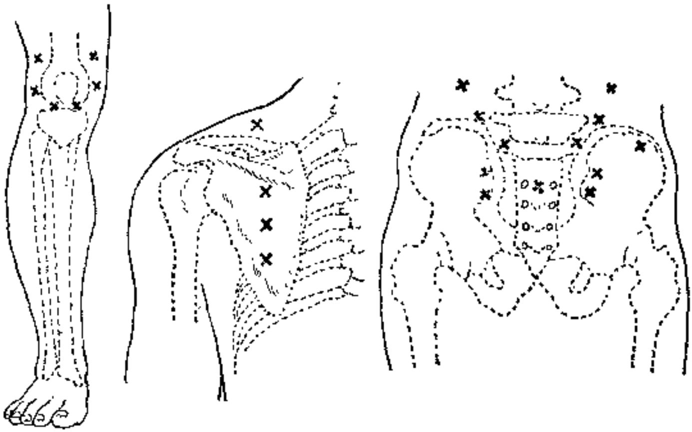


图 5-36 水针疗法常用注射部位

针。注药到病人有局部胀感，表示药量已够。注药后，可出现病症原有的症状，表示注射部位准确，以后疗效往往很好。症状一般在6～12小时可消失。如果注药后病人没有明显的反应，表示选点不恰当。

4．注意事项

（1）严密消毒，防止感染。

（2）关节附近注射，切勿将药液注入关节腔内。在近骨处注射不应刺在骨膜上（针头顶在骨上，病人觉得剧烈刺痛）。

（3）年老体弱者，注射部位不宜过多，用药量酌情减少，推药速度宜慢。孕妇忌在腰骶部注射。

［附］ 背部皮内針

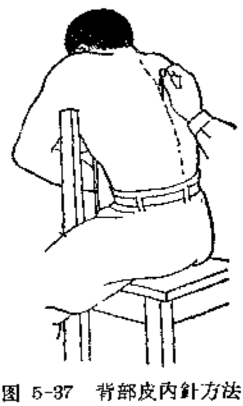


图 5-37 背部皮内針方法及部位

主要用于腰腿痛、神经性皮炎等各种皮肤病、颈淋巴结结核、慢性肾炎、神经衰弱和脱发等。孕妇、月经期不宜应用。

采用直径1.2毫米、长6～8厘米的粗圆针。消毒后，在背部第6、7胸椎之间正

中线上，沿皮刺入皮内（图 5-37），刺入深度 2～2.5 厘米，留针 20 分钟。针刺入后，沿针的走行約有 1 毫米宽 2 厘米长的皮肤发白呈鸡皮样，表示刺的适宜（刺入皮肤与皮下组织之间为合适）。如刺入皮下深层，则效果差；刺入皮内太浅，则有发生表皮坏死的可能。每日或隔日 1 次，每疗程 7～10 天。

第四节　穴位结扎疗法及埋线疗法

主要用于小儿麻痹后遗症、咳喘病、慢性胃病、慢性腰腿痛、偏瘫、阳萎、遗尿症、痢疾等。

穴位结扎疗法　选穴可参考新针疗法。一般选躯干穴位及下肢肌肉丰富处的穴位进行。消毒后在穴位两旁約 1.5 厘米处（与经络走向呈垂直），用 1% 普鲁卡因局麻，以尖刀作 0.3～0.5 厘米纵行切口，切开皮肤及皮下(图5-38之 1),将止血钳由切口插至穴位,加压按摩至

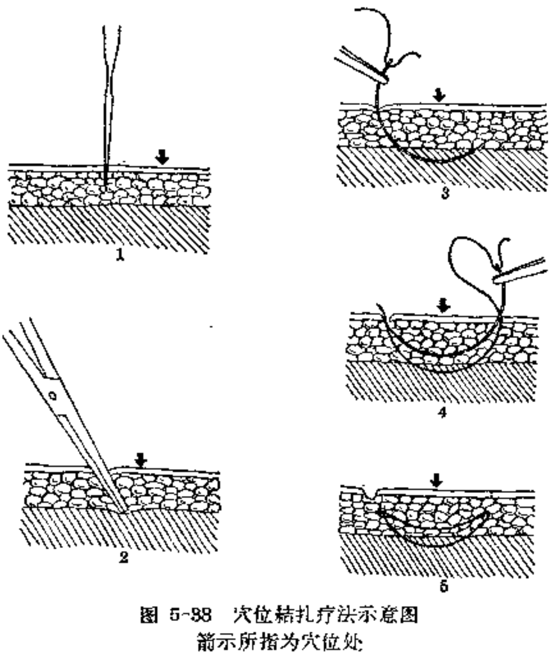


图 5-38　穴位结扎疗法示意图
箭示所指为穴位处

病人有酸、麻、胀、重感为止(图5-38之2)。用大三角针带羊肠线由切口处刺入，经穴位深层(肌层)穿过，于穴位对侧約1.0～1.5厘米处穿出皮肤（图5-38之3）；然后再由出针处刺入，经穴位浅层（皮下組织）于原切口穿出，结扎羊肠线，剪去线头，将线结埋入切口深处（图5-38之4,5）。切口不縫合，局部按压后消毒包扎。

穴位埋线疗法 用于皮下组织薄处或肌腱部位的穴位。如上法消毒、局麻后，将带羊肠线的三角针由穴位旁1.0～1.5厘米处刺入，至穴位对侧1.0～1.5厘米处穿出。提起线两端，作拉锯样刺激数次后，剪去两端皮肤外线头，展平皮肤，消毒包扎。亦可做透穴埋线。如潰瘍病可取中脘透上脘穴埋线；中脘进针，上脘出针。

另一簡易埋线方法是：将一段羊肠线放在带芯的针（如较粗的腰椎穿刺针）的前端，皮内局麻后，将针刺入穴位，然后插入针芯，将羊肠线顶入组织内，边插针芯边拔针，至针芯全插入，即可拔针。

注意事项

1．器械及术者的手认眞消毒，防止感染。

2．结扎的羊肠线不宜过浅，以免吸收不好造成感染。

3．穴位结扎后两周复查，前次穴位结扎的羊肠线未吸收前（2～3周）不宜重做。

4．埋线的线头宜短。肌腱部位穴位埋线时，羊肠线应在肌腱下方穿过，否则易发炎。

［附］ 割 治 疗 法

割治疗法在民间流传很广，在无产阶级文化大革命以来，获得了新的发展。

适应証和割治部位 支气管炎：掌二、三、膻中；支气管哮喘：掌一、二、三、五、膻中；颈淋巴结结核：鸠尾、涌泉；腹腔结核：天枢；慢性胃炎：上脘、中脘、掌四；潰瘍病：肺俞、脾俞；小儿疳积：掌五（图5-39）。每次割治1～2处。必要时1周后在原割治处旁开1寸处或另选穴再做1次。

方法

1．皮肤消毒。1%普鲁卡因局麻，用手术刀纵行切开皮肤約0.5～



图 5-39 常用手掌割治部位

1厘米，小孩可短些。

2. 用剪刀或刀切除少许皮下脂肪。

3. 用镊子或止血钳伸入切口，轻夹数次皮下组织或附近神经末梢，在骨膜上滑动（如膻中穴割治），使病人有强烈的酸、麻、胀感，并向一定方向传导。

4. 覆盖消毒纱布，包扎。

注意事项

1. 操作及器械注意消毒。创口1周内勿沾水，以免感染。

2. 切开皮肤全层即可，勿切过深，以免损伤神经、血管。

第五节 淋巴结疗法

淋巴结疗法，是根据“**外因通过内因而起作用**”的事物发展法则，通过淋巴系统，以调动和增强人体的抗病能力的一项新疗法。

根据现有的实践经验，本疗法对各种炎症、感染，无论是急性和慢性，无论在何部位，也无论是何种病菌所引起，都有疗效。不但能代替一部分抗菌素的应用，而且对比较难治的炎症，可提高治愈率，缩短疗程。较常应用于防治肺炎、支气管炎、扁桃体炎、尿路感染及外科化脓感染，如脓肿、败血症、腹膜炎等。

淋巴结疗法有四种具体作法：(1) 用电流刺激淋巴结，叫热针法；(2) 用针刺淋巴结，叫冷针法；(3) 将药液注入淋巴结，叫注射法；(4) 对淋巴结中心部进行搔刮，叫刮髓法。以后两种较常用。

1. **淋巴结选择** 最好是选病变部位的或相近的淋巴结，如头部病变取颈淋巴结或扁桃体，上肢和胸部的取腋淋巴结，下肢取腹股沟淋巴结等。如果找不到这种部位的淋巴结，也可选其他部位的淋巴结，淋巴结有急性炎症或明显的其他病变者不宜选用。选好淋巴结后，局部皮肤用酒精消毒，再进行操作。

2. **淋巴结注射法**

(1) 准备2毫升注射器和6号半以下的细针头，抽取复方氯化钠

或其他药液。

(2) 左手拇、食、中指提起或固定淋巴结。

(3) 右手持注射器，将针头刺入淋巴结中心， 注药0.5～1.0毫升。部位要准确，一般注药要有阻力，病人有胀感，否则疗效差。

(4) 拔出注射针，轻轻按摩局部片刻。

3．刮髓法

(1) 局部麻醉后，切开皮肤，分离淋巴结。

(2) 切开淋巴结皮质，用小刮匙轻轻刮除髓质少许。然后用肠线缝合淋巴结。

(3) 缝合皮肤，用无菌纱布包扎。

4．**疗程** 注射法一般每次作1个淋巴结，每日1次。急性感染每日可注射2次，或1次注射2个淋巴结，病情好转后可改为隔日1次，或每周2次。7～10日为一疗程。

刮髓法每次做1～2个淋巴结。隔20日可再做。

5．**注意事项**

(1) 其他必要的治疗仍须及时施行。例如，脓肿的切开引流、阑尾炎根据病情做手术等。不能因采用本疗法而忽视其他。

(2) 要统计病人身上可以做本疗法的淋巴结，以便有计划地分期治疗。尤其对慢性病变，要有治疗计划。因为一个淋巴结一般只宜作2～3次注射，过多地穿刺后就失去反应能力。

(3) 注意病情和体质。一般体质较好的宜做刮髓，稍差的宜于注射，衰弱病人则暂时不宜做。急性病变宜于注射，病程稍长者宜用刮髓，慢性病变又宜于注射。

(4) 采用淋巴结疗法时，一般不必再用抗菌素。但是，小儿、年老体衰或重症感染，仍酌情应用抗菌药或经穴注射疗法。

(5) 治疗期间，应鼓励病人饮食，适当加强营养，以增强体质。尽量不用麻醉药和抑制内分泌的药物，以免机体反应性降低。但可以并用卤硷制剂。

(6) 观察疗效，一般如治疗3～4次后病情不好转，应改用或配合其他治疗。慢性病应观察较长时间，不应过早放弃。

第六节　卤碱疗法

卤碱疗法是由一位工人同志发明的。几年来，在毛主席的无产阶级革命卫生路线指引下，在毛泽东思想的光辉照耀下，工农兵和革命医务人员通过实践，尤其是许多人在自己身上实验，使卤碱疗法不断革新，用于治疗多种疾病。象卤碱疗法这样迅速革新，在过去药物治疗的历史上是不曾有的。这一事实生动地证明，**“人民群众有无限的创造力”，“而代表先进阶级的正确思想，一旦被群众掌握，就会变成改造社会、改造世界的物质力量”**。

卤碱的应用比较广泛。据初步统计，对下列几类病症疗效较好：

1．心脏血管病，如慢性克山病、高血压病、脑血管病等。

2．感染。(1) 伤口或创面化脓感染，尤其是绿脓杆菌感染（脓色鲜绿），可用1～2%卤碱液纱布敷贴或5%卤碱软膏涂搽。(2) 外科感染，如腹膜炎后的腹腔残余脓肿、败血症等，宜用静脉内点滴。(3) 肺炎、急性黄疸型肝炎等，宜用静脉内点滴。

3．水肿，如用于脑水肿，也可用于慢性肾炎水肿期、肝硬变腹水以及某些心脏病的水肿。

4．出血，如呕血、便血、咯血、月经过多。

5．皮肤病，如神经性皮炎、慢性湿疹等，可用5～10%卤碱软膏涂搽。

其他如大骨节病、慢性咳喘等。

方法（制药法见538页）。

1．口服　粉末或片剂，成人每次1～3克，1日3次，饭后服。儿童酌减量。

注意事项：(1) 粉末应先用温水溶化后服下，切勿把粉末直接倒进口内，以免烧伤口腔粘膜。(2) 服药期间，应忌豆腐、白糖、奶类、醋和其他酸性物、酒和辣椒等。(3) 服药后，胃内有发烧感，所以有溃疡病者不宜口服。(4) 服药可能引起腹泻，如果腹泻次数不多，不必停服，多在1周左右可自行好转。腹泻次数多，酌减药量或暂停1～2日。(5) 治疗慢性病，应当持续用药1个月以上。用药时间短则效果不好。

2．静脉内点滴或缓慢注射：剂量成人每日2～5克，急救时可以增到10克。儿童酌减量。一般和葡萄糖液（5～10～25%）相配。

注意事项：(1) 勿将卤硷注入皮下。(2) 注射或点滴速度宜缓慢。初期，病人可能有发热感，但无妨碍。如果有心跳加快、气急等，则应减慢滴入或暂停。(3) 滴入一定剂量后，病人、尤其儿童可能嗜睡。这样表示药量足够，能充分发挥作用，可缓慢滴入維持。如果出现呼吸过浅，表示药量过多，应即刻向静脉内滴入葡萄糖酸鈣或氯化鈣，使呼吸恢复正常为止。

3．肌注和穴位注射：肌注用5%浓度5～10毫升，少用。穴位注射用1%浓度1～5毫升。

4．外用（见上页）。

第六章　战地救护和三防知识

毛主席教导我们："**我们现在正处于世界革命的一个新的伟大的时代。**"七十年代，将是人民革命风暴在全世界更大兴起的年代，将是帝国主义在重重矛盾中加速崩溃的年代，将是全世界革命势力同反革命势力进行剧烈搏斗的重要年代。**敌人一天天烂下去，我们一天天好起来**。历史已经证明，并将继续证明伟大领袖毛主席这一英明论断。

毛主席早就指出："**在人类历史上，凡属将要灭亡的反动势力，总是要向革命势力进行最后挣扎的**"。当前，美帝国主义、苏修社会帝国主义为了摆脱其内外交困、走投无路的处境，正在加紧互相勾结、互相争夺，疯狂地扩军备战，全面加紧反华侵略活动。美帝至今仍霸占着我国领土台湾省，并加紧复活共帮凶日本军国主义。苏修在我国边境集结大量兵力，不断侵犯我国领土、领空，挑起边界冲突，阴谋策划大规模的侵略战争。

林副主席指出，史无前例的无产阶级文化大革命已经取得了伟大的胜利，"我们决不可因为胜利，放松自己的革命警惕性，决不可以忽视美帝、苏修发动大规模侵略战争的危险性。我们要做好充分准备，准备他们大打，准备他们早打。准备他们打常规战争，也准备他们打核大战。"为了全面落实毛主席和林副主席的指示，坚决贯彻毛主席的人民战争伟大思想和积极防御的战略方针，我们"赤脚医生"必须从精神上、物质上，各方面扎扎实实做好各项备战工作，努力学好战地救护和三防知识。时刻准备为保卫伟大的社会主义祖国而贡献自己的一切。

第一节　战地救护

伟大领袖毛主席教导我们："**救死扶伤，实行革命的人道主义**"。战地救护是战时医疗工作的最前哨。开展战地救护，要发扬"**一不怕**

苦，**二不怕死**”的革命大无畏精神，要实现毛主席的教导：“**不论在任何艰难困苦的场合，只要还有一个人，这个人就要继续战斗下去。**”战地救护还要作到三快，即快抢、快救、快转送，这就需要平时作好准备和训练。我们要带着对帝、修、反的深仇大恨和对阶级兄弟深厚的阶级感情，苦练战地救护本领，为打仗作好准备。

寻找伤员

战时在敌人火力袭击下，寻找和接近伤员，是一项艰巨而光荣的任务。战地情况变化快，伤员情况紧急。应抓紧敌火被我压制、冲击被我打垮、敌机逃窜、我军施放烟幕等有利时机，有组织的，机敏迅速地寻找伤员。

寻找方法包括：战斗前明确战斗任务、部队及居民分布、地形地物特点、疏散隐蔽地点及路线、伤员联络信号等；战斗中询问指挥、联络人员和轻伤员，根据战斗情况，注意观察和听取伤员联络信号，战友负伤的异常动作及遗留的物品、血迹等，寻找时尤其注意凹地、弹坑、草丛、掩蔽处、防空洞等处。

接近伤员

根据敌情、地形、地物、隐蔽物的高低特点，自下而上地观察，决定采用不同方法接近伤员。如地形完全隐蔽，敌人射击不到，可跑步前进；如敌人所处位置较高，则按地形采取不同姿势和动作，不让敌人发现，接近伤员。

1．**曲身前进** 低姿曲身前进：眼看前方，上身稍向前倾，两臂尽量下垂，两腿尽量屈曲，大步前进。

高姿曲身前进，两腿屈曲稍小，其他要领同低姿。

2．**匍匐前进**（图 6-1） 低姿匍匐：卧倒后，胸腹紧贴地面，眼看前方，脚蹬手爬，交替前进。

高姿匍匐：两肘和两膝着地，支起身体，眼看前方，以右肘左膝和左肘右膝交互伸屈前进。它比低姿匍匐省力、迅速。

侧姿匍匐：用下面的前臂支起上身，腿收回，用上面腿的脚跟蹬地前进。此法速度较快。

3．**滚进** 卧倒向左右移动时，或在敌侧的斜坡自上而下移动时，都用滚进方式。两臂屈曲贴胸，两脚交叉并拢，全身用力滚动。



1



2



3

图 6-1 匍匐前进
1—低姿匍匐； 2—高姿匍匐；
3—侧姿匍匐

4．**跃进** 是通过开阔地带常用的一种方法。跃进前先看准伤员位置及敌火情况，选好前进道路和隐蔽地点。跃进时，起立快，前进快。停止时迅速隐蔽，勿使敌人发现目标。

隐蔽伤员

找到伤员，应立即把伤员搬到隐蔽地区或安全地带，以免再次受伤。通常可利用就地找到的坑凹地、山坡下等，并作适当的伪装。必要时挖临时掩体隐蔽伤员。

战地救护四項技术

一、止　　血

找到伤员后，如见出血，必须立即进行止血。一次出血超过 800～1000 毫升（約 2～3 湯碗），就可能引起生命危险。

出血的种类

1．动脉出血：鲜红色，血流急，作喷射状。

2．静脉出血：暗红色，流出稍缓。

3．毛细血管出血：鲜红色，从伤口渗出，常可自行凝结。

体内组织脏器受伤，血液流入胸、腹腔等，叫做内出血。可根据受伤部位和情况，结合伤员有无面色苍白、烦躁不安、脉快而弱等表现来判断。

临时止血方法

1．加压包扎止血 在伤口处盖上无菌敷料或干净毛巾、布料，再用绷带或条带适当加压包扎制止出血（图6-2）。四肢及头皮出血可用此法。

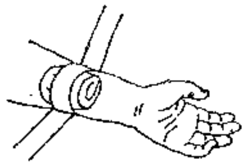


图 6-2 加压包扎止血法

2．指压止血 用手指或掌、拳把出血的血管近段，压向下面的骨头上，阻断血流，达到临时止血的目的。指压止血之后要尽快改用止血带等其他方法止血。

此法适用于动脉出血。最易压住的是那些能摸到搏动的浅部动脉。止血指压点如下：

（1）头面部指压点（图6-3）：头顶前部出血，压耳屏（小耳朵）前上方的颞动脉。面部出血，压下颌角前下凹内的颌下动脉。必要时可同时压两侧。

（2）头颈部指压点（图6-4）：头面部较大的出血，压颈根部气管外侧的颈动脉。不能同时压两侧。

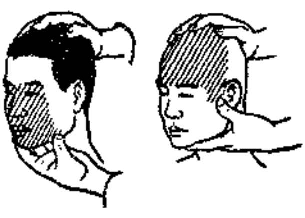


图 6-3 面部出血指压点及止血区域

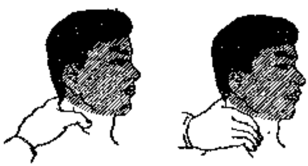
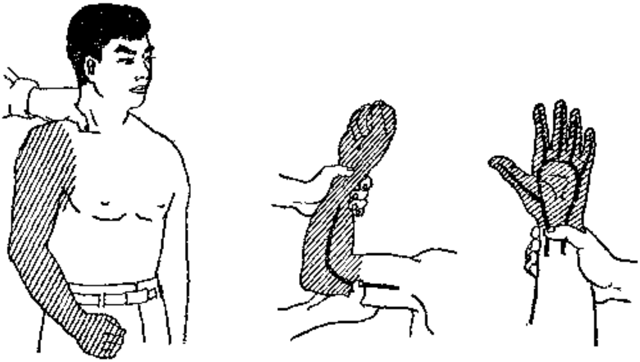


图 6-4 颈动脉指压点及止血区域

（3）上肢指压点（图6-5）：上臂出血时，在锁骨上摸到血管搏动处，向后下方压锁骨下动脉；前臂以下出血，在上臂中段内侧凹陷处

压肱动脉；手出血时，在手腕两侧压桡动脉及尺动脉。其中以压迫肱动脉效果较好。

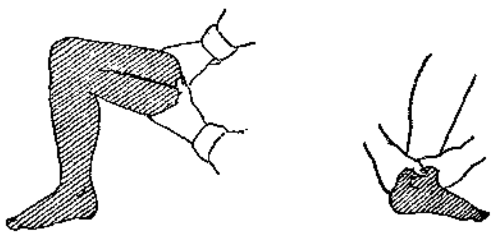


1　　2　　3

图 6-5　上肢出血止血点及止血区域

1—压锁骨下动脉；2—压肱动脉；3—压桡、尺动脉

(4) 下肢指压点（图 6-6）：腿出血时，在腹股沟中点内下方压股动脉；足出血时，在踝关节前、后方压胫前动脉及胫后动脉。指压股动脉的效果较好。

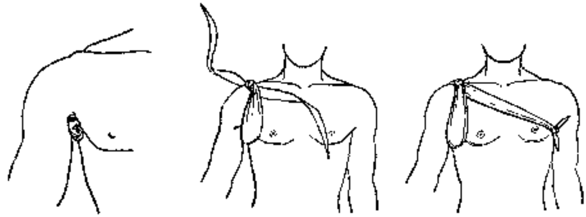


1　　2

图 6-6　下肢出血指压点及止血区域

1—压股动脉；2—压胫前、后动脉

3. **填塞止血法**（图 6-7）　用棉垫或纱布填塞在伤口内，再用加压法包扎。此法用于大腿根、腋窝、肩部伤口的出血。

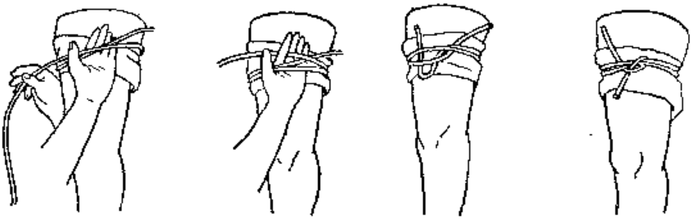


1　　2　　3

图 6-7　填塞止血法

4、**止血带止血法**　用于四肢较大的出血。

（1）胶皮管带止血（图 6-8）：两手将一条长約 3 尺的胶皮止血带适当拉长，绕肢体 2～3 圈，止血带末端压在紧缠着的止血带下面固定。胶皮的弹力收缩，压迫动脉、静脉而止血。可利用胶皮管带、听诊器的胶皮管、自行车内胎等。



1　　2　　3　　4

图 6-8　橡皮止血带止血法

（2）绞带止血法（图 6-9）：没有胶皮管时，可把三角巾迭成条带，平整地绕肢体一周，第二圈两头交叉打活结，使一头留成一小套；取一小木棒穿进活结下，并绞紧止血，而后木棒一头插入小套内，把小套拉紧，固定木棒。还可将衣服扯成布条，或用较粗的绳索等。

使用止血带注意事项：

（1）部位：原则上应在尽量靠近伤口处缚扎。但前臂和小腿有两根骨头，骨间可通血流，所以上止血带时效果比较差。此外，在上臂不能扎在中$\frac{1}{3}$处，以免勒伤紧贴肱骨的桡神经。

（2）加垫和松紧度：止血带不能直接缚在皮肤上，必须先用三角

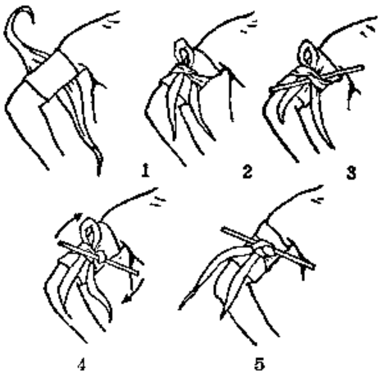


图 6-9 绞带止血法

巾、毛巾、布块等垫好，以免损伤皮肤。缠止血带的松紧要适当，以出血停止且摸不到远端脉搏为合适。

（3）时间和放松：使用止血带时间要尽量缩短，以一小时左右为好，最长不要超过3～4小时。如运送时间较长，要每隔半小时到1小时放松止血带一次，放松时用指压法压迫止血，缓缓放松1～2分钟后，在另一稍高或稍低的平面再缠上止血带，不压在同一圈上。

（4）标志和运送：用止血带的伤员，要有明显标记（一般在伤员左胸前用别针别一红布条）注明伤情、上止血带的部位和时间。这类伤员优先后送，冬季在途中要注意防冻。

二、伤口包扎

及时正确的包扎，能保护伤口，减少感染，压迫止血，固定伤处，减轻伤痛，为进一步治疗提供有利条件。

我们要牢记毛主席关于“**共产党就最讲‘认真’**”的教导，使包扎达到：动作轻而快，部位准，松紧适宜又牢靠，打结要避开伤口。

怎样发现伤员伤口？

看：看伤员衣服上有无破损及血迹，并注意伤员身体姿势，判定受伤部位；

问：适用于清醒的伤员；

摸：夜间抢救时，如伤员昏迷，须用手触摸来发现伤口。摸的顺序是先头部，再躯干，后四肢；从下（贴地侧）而上。

怎样暴露受伤部位？

挽：前臂或小腿的伤口，可挽起袖口、裤口；胸腹部伤口，解开衣扣暴露；

脱：肩、背、臀等处伤口须脱掉衣服暴露，先脱健侧后脱伤侧；

撕：情况紧急，来不及脱衣服，可顺衣缝撕开，暴露伤口；

剪：穿棉衣时，可顺衣缝剪开，在棉衣裤上剪开局部，暴露伤口，注意保暖。

伤口处理原则：

为了不增加伤员疼痛、感染和引起大出血，不要用碘酒、酒精刺激伤口；不要用手和器械摸探伤口；不要随意取出伤口内异物和碎骨片。伤口要先用无菌纱布覆盖后包扎，以待进一步处理。

包扎材料的准备：

(1) 三角巾：将一块长宽約 2.7～2.8 市尺的布对角剪开，就成 2 块三角巾。三角巾的顶角可系一条带子备用（图 6-10）。

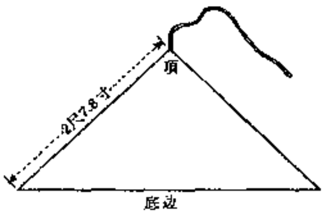


图 6-10 三角巾

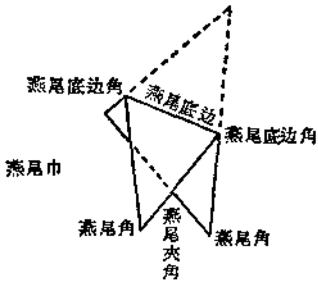


图 6-11 燕尾巾

有时将三角巾叠成条带或燕尾巾（把两底角对折在一边，成燕尾样）使用（图 6-11）。

(2) 其他材料：如绷带、四头带等，也可因时因地利用毛巾、布条、衣、帽等就便材料。

人体各部的包扎法

1. 头顶部帽式包扎（图6-12） 三角巾底边向内折叠二指宽后放于前额齐眉，顶角向后盖头，两底角经耳上缘向后拉，在头后部压住顶角，顶角平折在一底角内，两底角交叉到前额打结。

2. 头顶下颌包扎（图 6-13） 开始步骤与上法同。当两底角在头后交叉后，经耳下向前下拉，一底角包绕下颌到对侧耳前下，与另一底角十字交叉后，分别绕经耳前及下頜提到头顶打结。再把顶角反折



图 6-12　头顶部帽式包扎



图 6-13　头顶下颌包扎

到头顶与底角打结。

3. **面部面具式包扎**（图6-14）　三角巾顶角打结套下颌，底边放到头后，两底角向头后左右交叉压住底边，经耳上绕到前额打结。包后可在眼、口处提起巾布各剪一洞口，露出眼、口。



图 6-14　面部面具式包扎

4. **头巾式包扎**（图 6-15）　适用于包扎头部、下颌、眼、耳、鼻多处伤。三角巾一腰边横放前额上，一底角经面颊至对侧颌下与顶角打结；一手提底边中央向后拉紧，另手拉住一底角绕到前额（或绕向眼部或下颌），在对侧耳后与底边相遇打结。

5. **眼部包扎**（图6-16）　三角巾叠成四指宽带，中点放在枕下绕

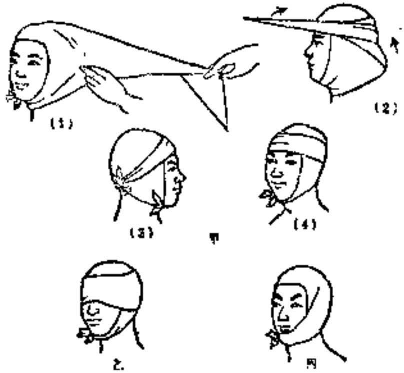


图 6-15 头巾式包扎
甲—头顶和额部包扎
乙—头顶和眼部包扎；
丙—头顶和下颌部包扎

耳下向前拉，左右交叉包一眼，再经耳上到头后打结。仅包一眼，即成单眼包扎。



图 6-16 眼部包扎

6. **四头带头部包扎** 方法见图 6-17。



图 6-17 四头带头部包扎

7. **毛巾头顶部包扎**（图 6-18） 把毛巾横盖头顶上，前两角反折

向后拉到头后打结。后两角折平，各系一带，左右交叉绕到前额打结。

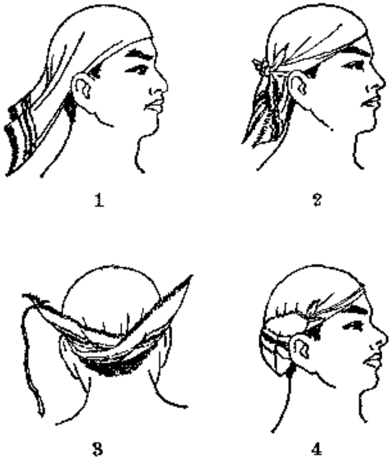


图 6-18　毛巾头部包扎

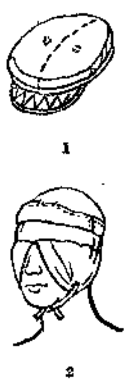


图 6-19　帽子头部包扎

8．**帽子头顶包扎**（图 6-19）　把帽子内层翻出并在中线剪开，翻下来成两片。帽子包盖头部，两片穿孔系带拉到下颌打结。

9．**单肩燕尾巾包扎**（图 6-20）　燕尾夹角朝上，放在伤肩上。后角大些且后角压前角。燕尾底边包绕上臂打结。两燕尾角分别经胸背至对侧腋下打结。

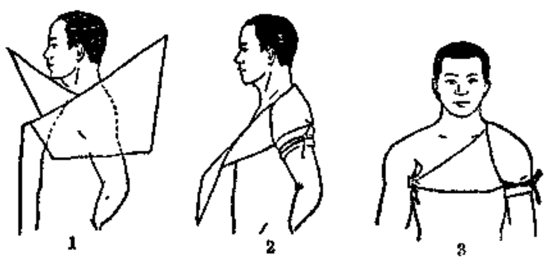


图 6-20　单肩燕尾巾包扎

10．**双肩燕尾巾包扎**（图 6-21）　夹角朝上，在背后披在双肩上，

两燕尾分别包绕双肩，在腋下与燕尾底边角打结。

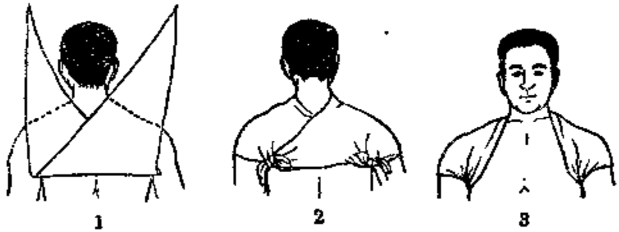


图 6-21 双肩燕尾巾包扎

11．**上肢包扎**（图 6-22） 三角巾一底角打结后套在伤手上，用顶角包绕伤肢打结，另一底角绕健侧肩上，曲前臂，两底角打结。

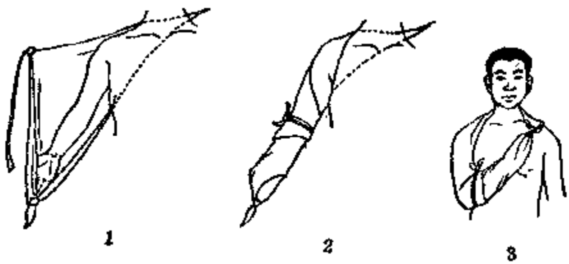


图 6-22 上肢包扎

12．**手（脚）包扎**（图 6-23） 手心向下，手指朝顶角放在三角巾上，反折顶角包盖手背；拉起两底角交叉压住顶角，绕手腕打结。同法包脚。

13．**胸（背、腹）部包扎**（图 6-24） 三角巾顶角朝上盖住胸，两底角在背后打结，顶角越过肩与底角结相连结。同法包背。包腹时顶角朝下。

14．**腹部燕尾巾包扎**（图 6-25） 燕尾底边系带围腰打结，夹角对大腿外侧，前角大于后角，两角包绕一侧大腿根打结。

15．**臀部包扎**（图 6-26） 三角巾顶角和一个底角绕腰打结，底边在伤侧，包盖臀部。另一下垂的底角经大腿间拉到前方，向上遇底

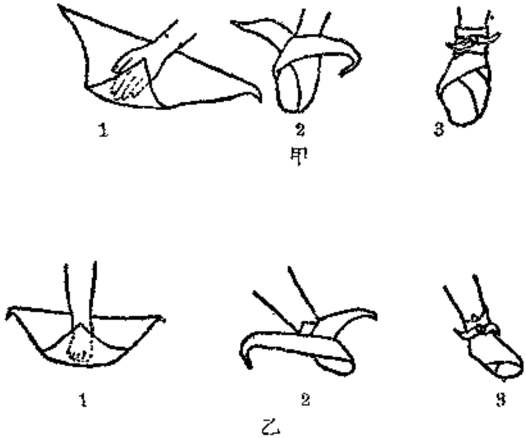


图 6-23 三角巾手（脚）包扎
甲—手包扎；乙—脚包扎

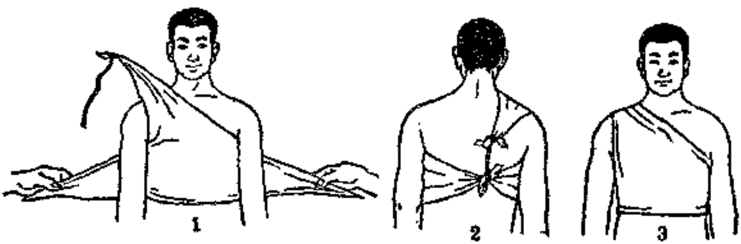


图 6-24 胸部包扎

边打结。

16．**膝关节包扎**（图 6-27） 三角巾顶角向上盖住膝关节，底边绕膝，在后面交叉，又绕到膝上，压顶角打结。

17．**小腿、脚包扎**（图 6-28） 脚趾朝底边，踩在偏近一个底角侧。提顶角及另一底角，包绕小腿打结。再将脚下底角翻到足背，绕踝部打结。

18．**大、小臂带** 见图 6-29。

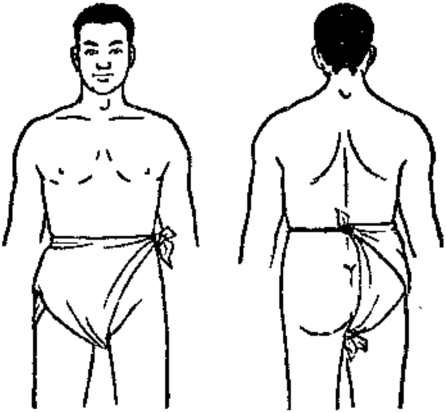


图 6-25　腹部燕尾巾包扎

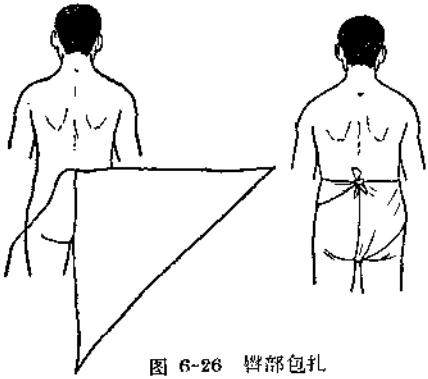


图 6-26　臀部包扎

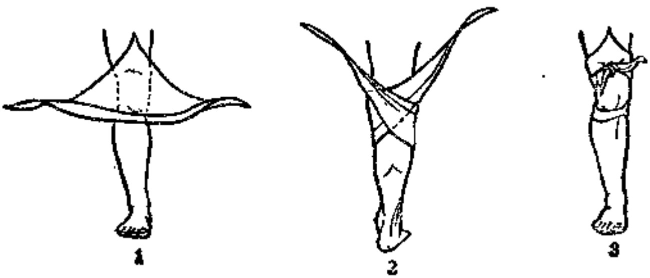
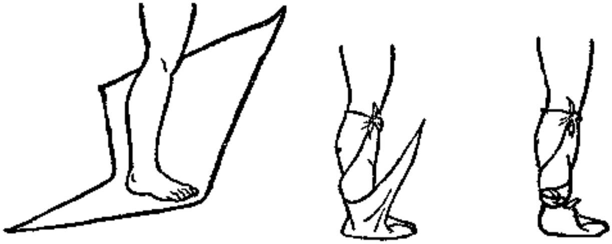
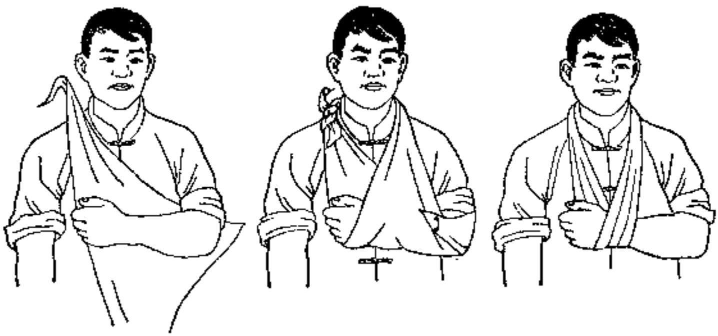


图 6-27　膝关节包扎



1　　2　　3

图 6-28　小腿、脚包扎



大臂带　　小臂带

图 6-29　三角巾大、小臂带

19. **绷带包扎**　多用于四肢。有环形、螺旋形及螺旋反折等包法。见图 6-30。

几种特殊伤口的包扎

1. **颅脑开放伤**　往往出血较多，可用较厚的纱布垫盖住伤口，加压包扎。如遇头皮及颅骨缺损合併脑质膨出，则先用大块消毒纱布盖好，再用绷带做的保护圈放在脑膨出周围，然后用三角巾包扎（图 6-31）。

2. **开放性气胸**　胸壁被打穿，伤员呼吸困难，必须立即制止空气继续从伤口进出。用不透气的材料（塑料布、油纱布、胶布等）盖住伤口，再用纱布垫或毛巾堵住，然后用三角巾加压包扎（图6-32）。

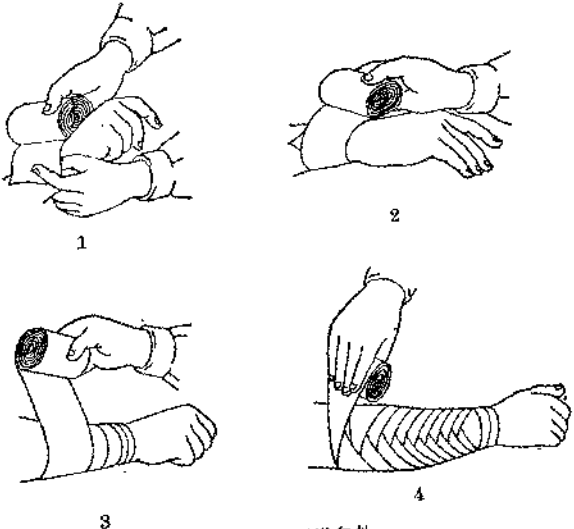


图 6-30 绷带包扎

1,2—环形包扎；3—螺旋包扎；4—螺旋反折包扎

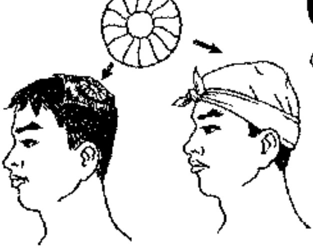


图 6-31 脑膨出的包扎

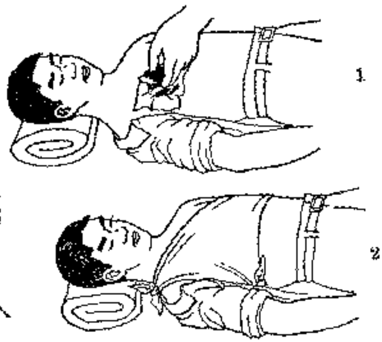


图 6-32 开放性气胸的包扎

3. 肠脱出 不要把脱出的肠管塞回腹腔，应先用大块消毒纱布盖好，再用饭碗或皮带圈、纱布卷保护圈等扣在伤口上，防止压迫肠子，然后用三角巾包扎（图 6-33）。



1　　　　　　　2

图 6-33　肠脱出的包扎

4．**烧伤**　衣服燃烧时，应用卧倒缓慢滚动或衣布压盖等法灭火。伤重的应当剪开衣服（不要脱衣服），如衣服与皮肤粘到一起，不可撕拉，只将未粘住的部分剪去。化学烧伤，可先用清水冲洗，磷烧伤用1%硫酸铜液或水浸洗伤面，使停止燃烧。伤面暂时不涂油、不上药、不弄破水泡，用大纱布、三角巾等覆盖。

三、骨折固定

受伤肢体出现剧痛、肿胀、淤血、变形、不能活动等，说明可能发生了骨折。

及时、正确地固定骨折，可减轻伤员痛苦，避免骨折端再损伤附近的血管、神经等，便于运送，也利于骨折治疗。

骨折急救固定注意事项：

（1）骨折有伤口者，应先止血和包扎后再固定。

（2）尽可能做到就地固定。不得已需要先移动时，应注意扶住伤肢，减少震动。

（3）临时固定只要求达到制动（骨折部不活动），暂不做整骨，以减少或避免骨断端损伤周围血管等。

（4）防止固定器材损伤皮肤，可连衣裤一起固定，或在骨突起处加垫，再放上夹板。捆绑时，先固定骨折处，再固定上、下两个关节。

（5）捆绑不可太松太紧，以免骨折处活动或压迫血管。远途搬运伤员时，途中要注意观察伤肢的指(趾)，如有青紫或发凉等，表示血液循环不好，可稍松绑扎缓解。

（6）尽快后送。注意伤肢保温。

骨折固定材料：

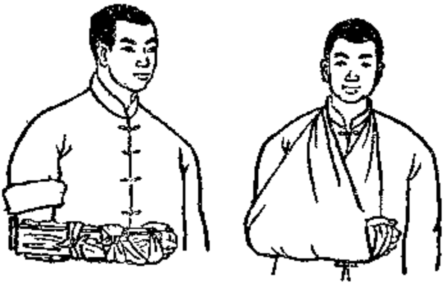
（1）夹板：扶托伤肢用。有木制、铁絲制等，长宽要合适。也可用木棒、树枝、枪枝、厚纸板、秫秸等代替。沒有夹板，上肢骨折可把伤肢固定在躯干，下肢骨折可把伤肢固定在健侧肢体上。

（2）敷料：包扎伤口和作衬垫用。可用棉花、纱布或衣服、布、纸、草等。

（3）绷带：綁夹板用的三角巾、绷带或腰带、线绳等。

骨折固定方法

1．**前臂骨折固定** 夹板固定时（图6-34），伤员手心握一棉团，腕关节稍背屈。两块夹板分别放在前臂的掌、背侧，加垫后用三角巾綁好固定。悬带吊在胸前。无夹板时，可将伤肢吊在胸前，再用一条三角巾将上臂和悬吊的前臂一同固定在胸部。也可利用上衣襟固定（图6-35）。



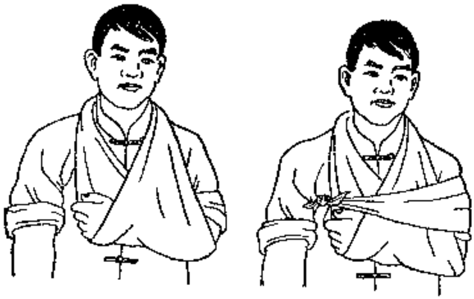
1　2

图 6-34　前臂骨折夹板固定

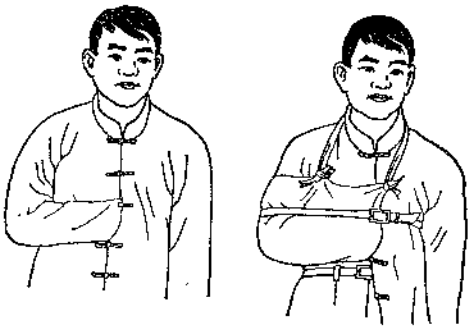
2．**上臂骨折固定** 夹板固定时（图6-36），夹板放在上臂外侧，加垫后用布带将骨折上下两端固定。再将前臂吊在胸前，并用三角巾将上臂固定在胸部。无夹板时，用一宽带对准骨折处将上臂固定于胸侧，再用三角巾将前臂吊起（图6-37）。

3．**锁骨骨折固定** 用三角巾固定（图6-38），两腋下各垫一棉垫，用两条三角巾分别在两肩关节紧绕两周在肩部打结，再将剩余的角巾在背部中央拉紧打结。如巾角太短，可再用一三角巾穿过两环在背部拉紧打结。还可用“8”字形带固定及丁字板固定（图6-39）。各种方法的原理，都是使双肩向后挺，从而使重叠移位的锁骨断端牵开和不再活动。

4．**小腿骨折固定** 夹板固定时（图6-40），小腿外侧放较长的板（从大腿中部到脚根），加垫后用布带分段固定，结打在外侧。在足



甲



乙

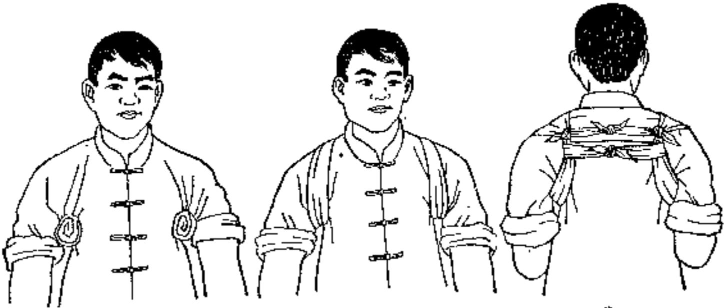
图 6-35 前臂骨折三角巾
(甲) 及上衣 (乙) 固定



图 6-36 上臂骨折夹板固定

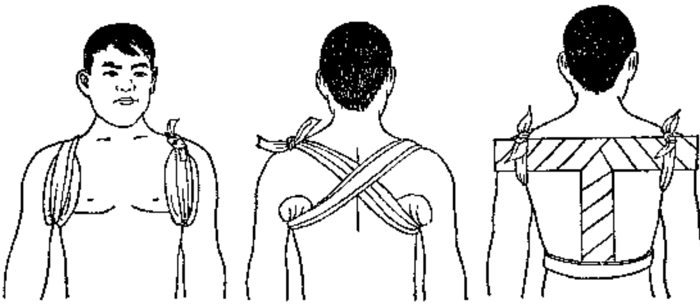


图 6-37 上臂骨折三角巾固定



1　　　　2　　　　3

图 6-38　锁骨骨折三角巾固定



甲　　　　乙

图 6-39　锁骨骨折 8 字形带
（甲）及丁字板（乙）固定



图 6-40　小腿骨折夹板固定

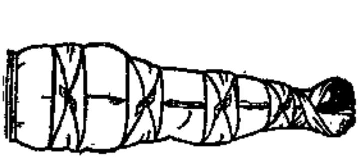


图 6-41　小腿骨折用健肢固定

部用“8”字形绑法使踝关节呈直角。无夹板时将伤肢和健肢并列，腿间垫以棉花或衣服，用布带分段绷紧打结（图 6-41）。

5，**大腿骨折固定**（图 6-42）　外侧夹板长度由腋窝到足跟，内侧

夹板自腹股沟到足跟（也可将健肢移向伤肢并列，代替内侧夹板），加垫后用5～7条布带分段固定。



图 6-42 大腿骨折夹板固定

四、伤员搬运

伟大领袖毛主席教导我们："**发扬勇敢战斗、不怕牺牲、不怕疲劳和连续作战（即在短期内不休息地接连打几仗）的作风。**"战场上及时抢救、搬运伤员十分重要，可以使阶级兄弟迅速转移、隐蔽，避免再次负伤，尽快得以安全后送治疗，及早恢复健康，重返前线消灭敌人。搬运方法要根据伤情、敌情、地形，灵活运用，冬季运送伤员要注意防寒防冻。

1．**单人徒手搬运** 有扶、抱、背、掮等方法（图6-43）。于敌我交火的情况下，用侧身匍匐搬运法（图6-44）。

2．**双人徒手搬运** 有椅式、拉车式、平托式（图6-45）。脊椎骨折伤员只适宜用平托式搬运。

3．**就地取材搬运** 有环形带背运、枪带（或皮带）拖运、雨布（大衣、斗篷）拖运等（图6-46，47，48）。

4．**担架搬运**（图6-49） 先把担架放在伤员的伤侧，两人将伤员托到担架上。用衣、被、草等把伤员两侧空隙垫好，以免抬运时摇动。

担架行进时，伤员脚在前、头在后，后面的抬担架人要经常注意伤员情况变化。

抬担架人如一高一矮，矮的要走在前面。上坡时，后面的人要高抬；下坡时，前面的人要高抬，使伤员保持平卧。

简易担架可用长木棍和绳子做，也可用门板等代替（图6-50）。

5、**脊椎损伤伤员的搬运** 对已确定或疑有脊椎损伤伤员，搬运时一定要避免将损伤处脊椎弯曲和扭转（图6-51），不要使用软担架，否则可使脊椎骨折脱位处损伤脊髓，造成截瘫等严重后果。



图 6-43 扶、抱、背、掮搬运法



图 6-44 侧身匍匐搬运法



图 6-45　椅式、拉車式、平托式搬运

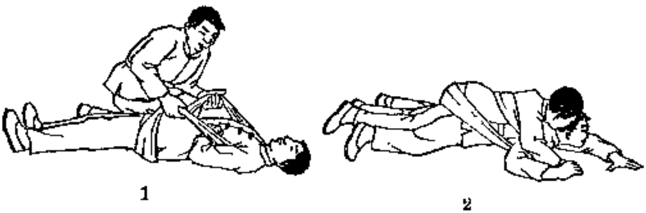


图 6-46　环形带背运

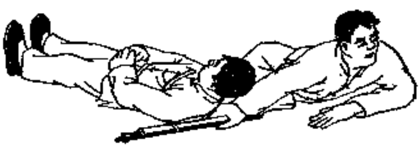


图 6-47　用枪带拖运

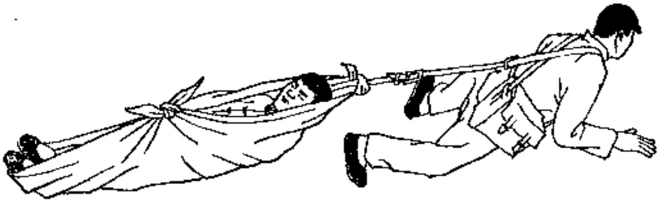
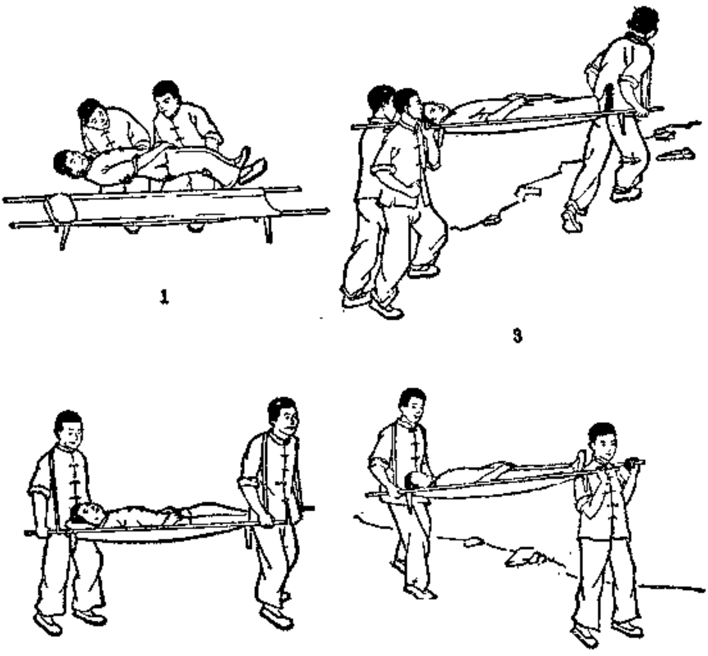


图 6-48 用雨布拖运



1

3

2

4

图 6-49 担架搬运

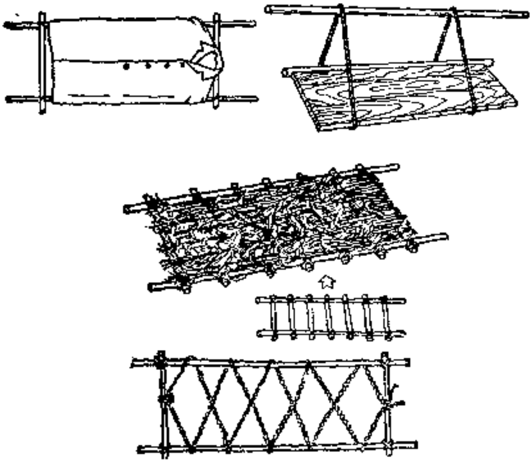


图 6-50　简易担架

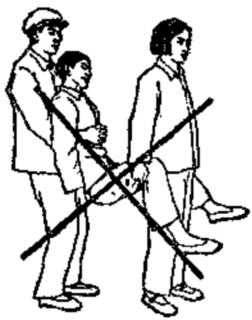


图 6-51　脊椎损伤的错误搬运

(1) 胸腰部脊椎损伤搬运（图 6-52）：将一木板放在伤员一侧，由 3～4 人分别托伤员的头、肩、臀、腿，动作一致，严格防止伤处扭曲，把伤员托或翻到木板上。

若仰卧，要在腰部垫一个衣服垫。若俯卧，在肩、腹下各垫一衣卷。然后用几根布带把伤员缠在木板上固定。

(2) 颈椎损伤搬运（图 6-53）：同上，需 3～4 人，其中 1 人专管



1



2

图 6-52 胸、腰椎损伤的搬运



1



2

图 6-53 颈椎损伤的搬运

牵拉固定伤员头部，使头与身体保持直线位置。伤员仰卧木板上，勿用枕头，颈下垫一布卷，两侧用衣服或砂袋塞住，防止头部摇动。

第二节 三防知识

核武器及其防护

核武器是原子弹和氢弹的通称。过去有一个时期，这类武器为美帝和苏修所垄断，它们大肆散布“核”恐怖，到处进行“核讹诈”。毛主席早就指出：“**原子弹是美国反动派用来吓人的一只纸老虎，看样子可怕，实际上并不可怕。**”

在战无不胜的毛泽东思想指导下，我国的工人、解放军和革命科学工作者，遵照毛主席关于“**搞一点原子弹、氢弹，我看有十年功夫**

完全可能”的指示，自力更生，艰苦奋斗，在短短几年里就掌握了核武器，彻底粉碎了美帝、苏修企图长期垄断核武器的迷梦，大长了世界革命人民的志气；我国发展核武器是为了保卫祖国，反对侵略，而且为了最终消灭核武器。

但是，帝国主义者侵略成性，我们必须警惕它们发动核战争。我们要响应林副主席的号召："我们要做好充分准备，准备他们大打，准备他们早打。准备他们打常规战争，也准备他们打核大战。"在人民群众中普及防护核武器损伤的知识，并且发动群众，组织群众，依靠群众，作好反侵略战争的准备。

核武器的杀伤破坏作用

1. **冲击波** 是核爆炸后产生的一股强烈气浪。气浪从爆炸中心，以約每秒钟 1,000 米的速度向四周冲击，能毁坏建筑物、伤害人畜。其强度随着离开爆炸中心而递减。起破坏作用的时间仅几秒钟（近距离）到十几秒钟（5 公里以外）。

2. **光辐射** 是核爆炸时产生的强烈闪光和高温火球，能引起物体燃烧，使人烧伤。出现闪光到火球之间有約十分之几秒至几秒钟，人们可利用这暂短的间隔采取紧急防护动作。

3. **早期核辐射** 核爆炸后产生的一种肉眼看不见、能穿透一定厚度物质的放射线，射入人体后破坏体内组织，引起放射病。作用时间約几秒至几十秒钟。

4. **放射性沾染** 核爆炸后，在蘑菇云里混有放射性物质。这些放射性物质随风飘落，沾在体表或经口、呼吸道或伤口进入体内，可引起放射病。

核武器的防护

核武器的伤害是能够预防的。如地形和坑道、工事等对核爆炸四种破坏因素都有很大限制（图 6-54）；雨雾、风速等气候条件对光辐射和放射性沾染有明显影响；往往一种防护方法能对几个杀伤因素起到防护作用。

1. 在敌人核袭击前，防护措施主要是：靠山、分散、挖洞。

(1) 靠山：利用有利地形，靠山隐蔽，尽量把人员、設施布置在隔着敌方的一边。

（2）分散：一个中小型原子弹的杀伤破坏半径只有几公里。人员、设施的疏散可减少受损伤、破坏的机会。

（3）挖洞：构筑各种工事，掩蔽人员设置。例如，“猫耳洞”构筑方便，省时省料，防护效果较好（图 6-55）。暴露的可燃物质（如木质）要涂上泥浆或石灰，或用沙土掩盖起来。防护效果工事低的比高的好，有掩盖比露天好，掩盖多比掩盖少好，背向爆炸方向比面向爆炸方向好。

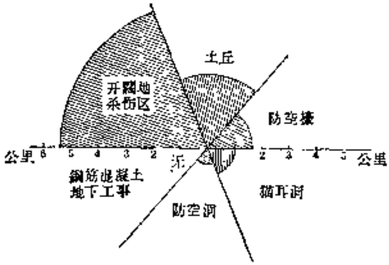


图 6-54 中型原子弹空中爆炸时不同防护条件杀伤半径比较

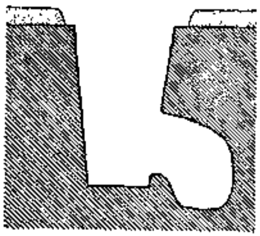


图 6-55 防空壕内猫耳洞示意图

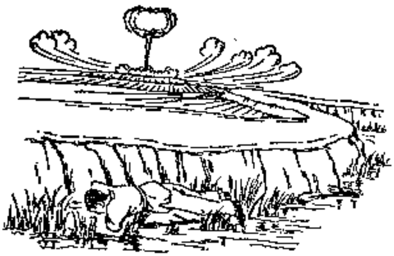
此外，还应准备好定型或简易的个人防护器材等。

2．在敌人核袭击时，要勇敢、坚定、沉着，迅速隐蔽。听到防原子警报时，除必要人员外，其他人应迅速进入工事、防空壕（洞）内。

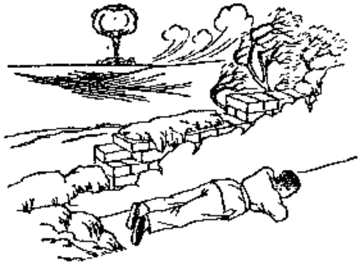
发现核爆炸的闪光时，立即进入身旁工事、防空壕（洞）内，或利用几步内的地形地物（土丘、土坎、矮墙、桥洞、大树、弹坑等）卧倒隐蔽（图 6-56），或潜入小河、池塘中。在开阔地的人员，应立即就地脚朝爆炸方向俯卧，脸朝下，闭眼，捂住耳朵，憋一口气，两手放在胸下（防止地震震伤内脏），最好能掀起斗篷或用布单等盖住头、颈、臂等外露部分（防止烧伤及放射性沾染），过十几秒钟或冲击波过去后，就可以起来继续战斗（图 6-57）。如衣服着火，可就地慢滚灭火。

3．核爆炸后的行动，包括防、消、救三方面。

（1）防护：采取防护措施，避免或减少放射性沾染。如无防毒面具等器材，可用浸湿的毛巾或口罩掩盖口鼻，穿雨衣或斗篷，迅速通



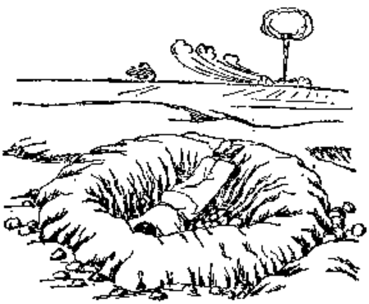
(甲)



(乙)



(丙)



(丁)

图 6-56　核爆炸时利用土坎（甲）、矮墙（乙）、大树（丙）、弹坑（丁）隐蔽

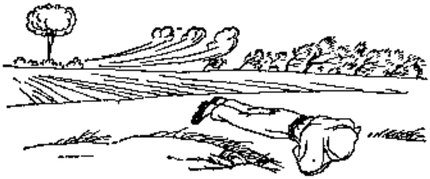


图 6-57 核爆炸时在开阔地利用白布单遮盖暴露部位就地卧倒

过（或撤离）沾染区。在沾染区内不要吃东西、喝水及吸烟。

（2）洗消：离开沾染区后，立即把服装及装备脱下，用肥皂水、清水仔细清洗全身皮肤（重点是暴露部位），用净水漱口、洗眼、擦耳鼻孔等，清除放射性沾染。沾染区的物质、装备、地面等均应进行彻底洗消。沾染的武器装备，可用草把擦拭，服装可拍打和掸刷，等等。

（3）救护：立即开展战地的群众性互救自救，扑灭火灾。寻找与抢救埋在瓦砾[音利，lì]、土堆等处的伤员，帮助伤员进行防护和洗消，并及时后送治疗。

化学武器及其防护

化学武器过去叫毒气弹，是新、老帝国主义和反动派在战争中或平时常使用的武器。美帝国主义者在侵朝和侵越战争中，都多次使用化学武器；同样，在国内他们用毒气弹镇压抗暴的黑人和白人群众。近年苏修及捷修等也使用化学毒剂来镇压本国人民的反抗斗争。帝、修、反正在加紧进行化学武器的研究和储备。我们必须保持高度的革命警惕，有所准备。

化学武器的施放及特点

化学武器的施放形式很多，可将化学毒剂装在各种炮弹、炸弹、毒烟罐和地雷中施放；或用飞机、车辆洒布，投掷染毒物品如食物、玩具；也可在溃退时或派遣特务放毒。使空气、地面、武器、设备、物品等染毒，引起人畜中毒、植物枯萎。

在战时施放的化学武器有四个特点：

(1) 杀伤范围较广：毒剂呈气态、液滴态或烟雾态，能扩散到一定的面积和空间。

(2) 作用时间较长：有的毒剂杀伤作用可持续几小时至几天。

(3) 中毒途径多：按毒剂的种类和使用方法不同，可通过呼吸道、消化道（食物及水）或皮肤接触进入人体，使人中毒。

(4) 受天气、地形影响很大：刮大风、下雨、下雪都不利于敌人施放化学武器。

美帝、苏修装备的主要毒剂，按毒害作用的特点，大体上可分为5类：

1. **神经性毒剂** 种类很多，能破坏神经系统的功能。中毒后引起瞳孔缩小、视力模糊、呼吸困难、肌肉震颤、手足抽搐、昏迷等。

2. **糜烂性毒剂** 有芥子气、路易氏毒剂等，能伤害皮肤、粘膜及眼睛，引起红肿、起泡、糜烂。吸收后也可引起全身中毒。

3. **窒息性毒剂** 伤害呼吸器官，引起中毒性肺水肿，造成呼吸障碍。

4. **氰类毒剂** 使全身组织细胞不能利用氧而功能破坏，引起头昏、呼吸困难、意识紊乱、瞳孔散大等。

5. **刺激性毒剂** 刺激眼和呼吸道，引起流泪、咳嗽、喷嚏、呕吐等。

由于敌人经常将毒剂混合使用，因此战时化学武器引起的伤害作用是多方面的。

怎样判断敌人施放化学毒剂

除利用化学侦察器材外，可根据敌人施放毒剂的一般规律和毒剂放出的特征，帮助发现和判断敌人是否使用了化学武器。

1. **时间和风向** 敌人施放毒剂的时间多在清晨、傍晚、夜间、阴天或风速不大时。如在战场施放，一定是风向我方阵地吹来的。

2. **放毒征候** 化学炮弹、炸弹爆炸时，通常可以看到有浓烟雾团。敌机洒布毒剂，则机尾后有黑色雾状线条。如发现敌人盛放毒剂的容器或其残片；地面和树叶杂草上有油状液滴或斑点，并出现叶子枯萎；水面有油膜状的东西；雪上有斑点或液滴渗透的孔洞；虫、鱼、鸟成批死亡等现象，都可作为判断敌人用毒的根据。很多毒剂都有特

殊气味，如烂苹果味、大蒜味、鱼腥味、樟脑味等。

化学武器的防护

化学武器使人中毒的途径，和核武器的放射性沾染基本相同。因此，防放射性沾染的措施也基本适用于防化学武器。此外，还要避免吸入染毒空气和接触、误食染毒物品。在野外遇到敌人施放毒剂时，应逆风而行，尽快离开上述地区。在染毒区禁止饮水、进食或吸烟，不要随便坐卧，不要随便整理服装。

1．**集体防护** 在工事、坑道等处安装密闭门及滤毒通风装置。可发动群众，因地制宜，就地取材，土法上马，创造和推广各种简易、有效的滤毒通风装置。

2．**个人防护** 可用防毒面具、防毒服和各种自制的防护器材。

（1）防毒剂吸入：用毛巾浸水、石灰水或尿等，迭10～12层，或再外加口罩，捂住口鼻。或取干净泥晒干，制成0.1～0.3厘米的小颗粒，装在长20厘米、宽15厘米、厚3～5厘米的布袋内做成泥土口罩。也可临时用毛巾包上泥土捂住口鼻。还可用纸筒、铁筒等装上泥土，两端用棉花或布塞上，做成土滤毒罐，使用时用嘴在筒口上呼吸。

（2）眼的防护：用铁丝做成一眼镜框，框内粘一层透明塑料，周围用线把棉花缠在框上，要求不漏气。也可用风镜、眼镜框改制。

（3）皮肤的防护：敌机洒布毒剂或使用化学弹，有毒液飞溅时，暴露的人员应迅速披上雨衣、雨布、毯子、床单、厚纸，或打开雨伞，遮掩身体。通过染毒区时，应穿高腰鞋，扎紧裤腿，通过染毒草地或丛林时，腿部可绑麻袋片、稻草等。

3．**洗消**

（1）人员的洗消：迅速用棉花、布块、纸片、干土块等，将沾在体表的毒滴擦去，注意勿使染毒面积扩大。然后用漂白粉、碳酸氢钠水、氨水、肥皂水或清水洗消，注意勿使洗消液进入眼、口、鼻及伤口内。眼、口用2%碳酸氢钠水或清水冲洗含漱。伤口沾染神经性毒剂，用2%碳酸氢钠水冲洗；沾染糜烂性毒剂，用0.1%高锰酸钾水冲洗。未染毒的伤口要用塑料布等保护，防止洗消时进水。

必要时在局部洗消基础上，全身从上而下用清水或肥皂水洗消。

(2) 服装的洗消，可用碱水煮沸半小时，火烤使毒剂挥发（先撒些草木灰效果更好），反复用土搓染毒部分（操作时注意手的防护），自然通风日晒等法。

(3) 武器、设备可用漂白粉液、碱水、石灰水、肥皂水或草木灰水等洗消。染毒水及食物均需经过消毒，如过滤、晾晒、煮沸或用消毒药物处理等，方可使用。地面、杂物可用铲除、掩埋、火烧等方法处理。

4．**救护** 在敌人施放化学毒剂后，应有组织地开展自救互救。

(1) 迅速帮助伤员按上述方法进行洗消。若误食染毒水或食物时，应多饮水同时反复刺激咽部催呕，必要时插入胃管反复洗胃。

对呼吸、心跳微弱或暂停的伤员，应用中枢兴奋药及人工呼吸、心脏按摩等方法，维持呼吸循环机能，同时应用解毒药物治疗。

(2) 抢救、治疗方法，包括：用有消毒作用的药物制成的药水、药膏局部应用；对全身中毒症状则用对症、综合治疗及特效药物治疗（见下表）。

常用抗毒药用法及剂量

抗毒药名称	对抗毒剂种类	用法	剂量
硫酸阿托品	神经性毒剂	肌肉或皮下注射	2～4 毫克，必要时每隔 15～30 分钟重复注射一次
解磷毒	神经性毒剂	静脉注射	300～600 毫克，可与阿托品合用，必要时每隔 30～60 分钟重复注射
硫代硫酸鈉	芥子气，氰类毒剂	静脉注射	25%50～60毫升，間隔1～3小时可再給半量
二巯基丙醇	路易氏毒剂	肌肉注射	10%1～2 毫升，第一天每 6 小时注射 1 次，第 2～7 天每天 2 次，7 天为一疗程
亚硝酸异戊酯	氰类毒剂	捏破后吸入	0.2～0.3 毫升的安瓿，一次吸入 30 秒钟，間隔 2 分钟后可再吸入 1 安瓿，不超过 5～6 安瓿

粉碎敌人的細菌战争

敌人利用病菌等及其毒素伤害人、畜和农作物的武器，叫细菌武

器。

帝国主义者施用细菌武器，充分表示它们穷凶极恶，日暮途穷，正走向灭亡。日本军国主义曾经在侵华战争中，对我国人民施用细菌武器，美帝国主义在侵朝战争中也对我国施用细菌武器，但都没有能挽救它们的覆灭、失败的命运。在伟大领袖毛主席“**动员起来，讲究卫生，减少疾病，提高健康水平**”的伟大号召下，全国军民一致行动起来，展开了轰轰烈烈的群众性的爱国卫生运动，彻底粉碎了敌人的细菌战争。

帝国主义的侵略本性是不能改变的。目前美帝、苏修在加紧扩军备战的同时，积极从事研究制造大量的细菌武器，企图在侵略战争中制造瘟疫，屠杀、毒害世界各国人民。我们要从精神上和物质上做好反细菌战争的准备。平时要经常深入地开展爱国卫生运动，既利于抓革命、促生产，又为粉碎敌人的细菌战争打下良好的基础。

细菌武器的施放和特点

细菌武器袭击的目标常是人口密集地区、军事要地、水源、交通中心点等，企图造成传染病流行。

1. 细菌武器的施放方法

(1) 用飞机直接喷洒含病菌的气雾团，使人吸入感染得病。或者投掷带菌的动物或其他媒介物，如跳蚤、苍蝇、老鼠、羽毛、传单、纸片等。

(2) 发射细菌弹，里面装有含菌气雾团或媒介物。

(3) 其他如派遣特务污染水源和食品，遗弃带菌动物等。

2. 细菌武器的特点 敌人制作和施放细菌武器时，一般企图达到下列目的：

(1) 有较强传染性。病菌毒力强，少量就可使人得病。在缺乏防护、人员密集、卫生条件差的环境内，可使疾病传染、蔓延甚至流行。

(2) 污染范围广，危害作用持久。喷洒的带菌气溶胶，可随风飘散到较远的地方；撒布带菌的媒介动物可活动传播。并可能使污染区较长期保持其传染性。

(3) 传染途径多。不同的细菌战剂，可经口食入、吸进污染的空气或尘埃、昆虫叮咬、污染伤口及皮肤直接接触等途径进入人体。

(4) 不易侦察和发现。细菌气溶胶无色、无味，加之秘密施放，多在黄昏、夜间或清晨多雾时使用，这样就增加了侦察和发现的困难。

但是细菌武器本身有一定的局限性：

(1) 没有立即伤害作用：任何病菌不能即刻引起疾病，因此我们能够充分利用时间进行侦检和采取针对性防御措施。

(2) 受气候等条件影响：细菌和媒介物接触强烈日光、雨、雪或遇温度湿度变化等，活动和伤害作用削弱，暴露在外界时间愈长久，伤害作用愈低。

怎样及时侦察细菌武器

平时调查清楚各地区的传染病的发病或流行情况及其媒介昆虫、某些动物的种类、分布和活动季节等规律，做好防疫工作。战时组织群众性的对空了望和地面巡逻等，侦察敌情活动。

1. **空情** 敌机低空盘旋，机尾部出现雾状烟云；投下爆声很小或无声的炸弹、容器及战斗作用不明的物品。

2. **地情** 地面上发现自动张开、发生烟雾的特殊容器或活塞装置。或爆炸点周围发现密集的昆虫、液滴和粉状物等反常物品。敌投昆虫往往有季节、密度、场所的反常，如冬季雪地上发现大量苍蝇、跳蚤等。

3. **疫情** 当地人、畜发病情况特殊。如突然很多人得病，病情相似，且是当地从未发生过的急性传染病；或传染病发生的季节反常等。

4. **特情** 敌人使用细菌武器后往往派遣特务刺探疫情；敌特也可直接撒布细菌，应提高警惕，严加戒备。从俘虏审讯中了解敌方近期防疫、防护等情况，可供判断参考。

如发现上述可疑现象，应及时上报，并在有防护的情况下采样送卫生部门检验。

细菌武器的防护

1. **个人防护** 如戴防护口罩、护目镜、口罩。手帕、毛巾、急救包等防护效果也很好。对敌投昆虫可扎紧三口（领口、袖口、裤口），穿高筒布袜等防昆虫叮咬。对暴露皮肤可涂驱避剂。切勿吃未经检查的水或食物。

2．集体防护 利用有滤过通风装置的掩蔽部。有纱窗、帘子的房屋可防带菌昆虫进入。用遮盖、隐蔽、专人监督等办法，防护粮食、食品、水源等物质不受细菌污染。

3．预防接种 平时定期打预防针。战时根据敌人使用细菌武器的情报，临时补充注射有关的疫苗。在疾病流行时或受染人员中，根据情况可考虑服预防药。

4．消毒、杀虫、灭鼠

（1）对染有病菌的空气、地面、器材、人员和服装进行消毒处理。方法可选用火烧、蒸煮、蒸熏、深埋、日晒、擦洗或使用化学药物，如漂白粉、煤酚皂液（来苏）、石灰水等，特别注意食品和食具的消毒（以煮沸消毒为主）。

（2）对敌投带菌昆虫立即组织群众捕打、火烧等，也可用化学杀虫药，如二二三、六六六、敌百虫、敌敌畏等，予以杀灭。如因情况紧急，一时未消除，应在四周围做出标记，禁止人畜进入。

（3）对敌投带菌鼠，应发动群众用鼠夹、鼠笼等各种工具和方法消灭。也可用杀鼠药如安妥、磷化锌、氟化苦等毒杀。

5．病人处理 病人应就地或就近隔离、治疗，疫区应根据情况进行必要的封锁检疫。

[附] 鼠疫和霍乱

敌人选用的细菌战剂许多是我国少见、没有或已消灭的传染病病原体。下面只介绍鼠疫和霍乱两种烈性传染病的有关知识。这两种病在国民党反动派统治下的旧中国，每年猖獗流行，夺去了无数劳动人民的生命。抗日战争时期，日本帝国主义更灭绝人性地在我国东北和南方使用细菌武器，造成鼠疫流行。解放后，在毛主席和党中央英明领导下，通过群众性爱国卫生运动，大力开展防病治病工作，这两种烈性传染病在我国已被消灭。今天学习这两种病，使我们对伟大领袖毛主席和共产党更加热爱，而对国民党反动派和美、日帝国主义无比仇恨。

鼠疫

传染途径为鼠疫杆菌经鼠叮咬而传染给人，病菌也可经伤口及飞沫传染。感染后2～5天出现症状。常见有三型：

1. **腺鼠疫** 突然发病。高烧，头痛，腋窝、颈部或腹股沟淋巴结肿大并有剧痛。

2. **肺鼠疫** 有腺鼠疫的严重全身症状，并有胸痛、咳嗽、咯血、呼吸困难等严重肺炎症状。

3. **败血型鼠疫** 有严重的毒血症症状，如高热、寒战、脉速弱、剧烈头痛、呕吐、谵[音占，zhān]妄，并有广泛的皮肤粘膜出血斑。

病人蚤咬处出现的丘疹、小泡，肺鼠疫时的痰液，败血型血液内，均含大量鼠疫杆菌，有传染性。

治疗

1．对病人严格执行隔离消毒制度。接触者隔离10天。

2．药物：链霉素治疗量每日2克，预防量每日1克，分2次肌注。磺胺嘧啶治疗量每日6克，预防量每日4克，分4次与等量碳酸氢钠口服。

3．加强护理，保证营养，必要时输液。淋巴结炎可湿热敷，并注射链霉素1克，如已化脓可作切开。

霍乱

霍乱弧菌经口进入小肠内繁殖致病。潜伏期数小时至3天。起病急，频繁、水样腹泻，开始还带粪质，很快呈淘米水样，多无腹痛和无里急后重。腹泻开始后发生剧烈呕吐。病人迅速出现高度脱水、口渴、无力、两颊深凹、两眼窝下陷、皮肤干燥、尿少、腹部及小腿肌肉痉挛。继而出现发热及血压下降、脉搏速弱等循环衰竭现象。

治疗

1．严格执行隔离、消毒制度。如排泄物可加半量的漂白粉消毒或深埋。可疑的腹泻病人隔离检疫6天，并给予治疗。

2．输液是最重要的救治措施。充分补给5％葡萄糖和生理盐水，根据脱水情况，每日静滴总量为4,000～8,000毫升。循环衰竭的可用苯甲酸钠咖啡因、可拉明、肾上腺素等皮下注射。必要时用去甲肾上腺素2～4毫克加入5％葡萄糖内静滴。

3．磺胺胍每日服4克，口服或注射维生素乙、丙，并加强护理。此外，还可针刺委中，刺出紫血；针刺足三里、合谷、中脘、气海等，每日3～4次。

第七章 损　伤

伟大领袖毛主席教导我们说："救死扶伤，实行革命的人道主义"。损伤在保卫祖国和建设祖国的伟大斗争中是经常会出现的。革命医务人员必须突出无产阶级政治，活学活用毛泽东思想，认真学习，熟练掌握损伤的防治知识，准备随时抢救受伤的阶级弟兄。

按照皮肤有无伤口，损伤分为闭合性损伤和开放性损伤两类。

闭合性损伤

是指局部受到打(扑)、挫、扭等损伤后，皮肤无破裂，而深部组织器官有所损伤。如血管破裂出血，形成瘀血斑或血肿；骨折、关节脱位或韧带撕裂；内脏器官的损伤等。一般来说，深部损伤较浅部损伤为重，内脏损伤较软组织损伤为重。但广泛的软组织损伤也可以造成死亡。

治疗　如全身反应较重，出现休克，应积极抢救休克。对一般的损伤治疗如下：

(1) 局部早期用酒精、白酒、陈醋等湿敷。肿胀不再进展后，可用热敷，也可用金黄散、五味活血散等调醋外敷。或用旱莲草捣烂外敷伤处。将伤肢抬高，可减轻肿胀。

(2) 关节处的扭伤、挫伤等，早期宜适当固定。

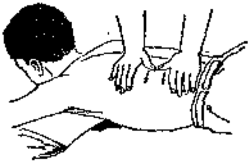
(3) 血肿（表现迅速肿胀，外部青紫等）早期作冷敷，局部安定，可稍加压力包紮。2日左右可改作热敷。较大的血肿，一周以后，可考虑作穿刺抽吸。注意消毒，抽血后加压包紮。

(4) 全身治疗除服用适量止痛药物之外，也可服用舒筋活血药物，如七厘散、跌打丸、五味活血散等。或用上三七5钱、土鳖虫5个水煎服，每日2～3次（也可研末调醋外敷）。

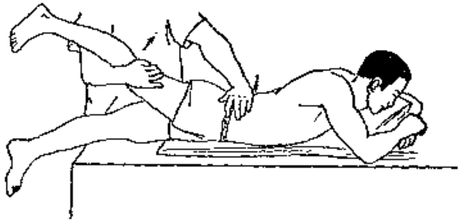
[附] 腰部扭伤的手法治疗

腰部损伤多是劳动中动作不协调造成，伤后腰部活动受限，疼痛，严重影响劳动。诊断明确后可用“三扳手法”加局部热敷治疗(图7-1)。

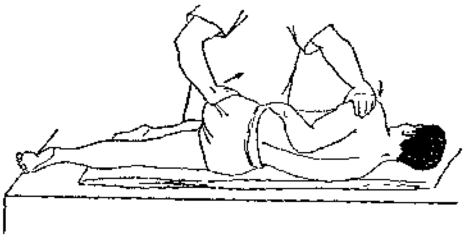
1. 推扳　俯卧位，病人全身肌肉放松，医生站在腰痛部位对侧，用双手拇指自棘突旁把骶棘肌向外下方推开，自压痛点上方开始，下至髂骨后上棘。由上而下，如此反复三遍。



推扳



扳腿



斜扳

图 7-1　腰部扭伤手法治疗

2. 扳腿　俯卧位，医生一手掌按病痛处，另一手拉痛侧下肢，向后上方提拔，第三次稍用力重拉，可听到“格答”声。

3. 斜扳　病人侧卧位，痛侧在上。医生面向病人，屈其上腿，伸其下腿，然后一手按肩前部，另一手按臀部，两手做相反方向斜扳，由轻到重，第三次重扳，也可听到“格答”声。

开放性损伤

是指局部受到刺、割、枪弹等损伤后，皮肤有伤口裂开，同时深

部组织也常有相应损伤。开放性损伤的严重性和闭合性损伤基本相同。主要区别一个是皮肤伤口进入细菌、污物或其他异物（子弹、沙石等），增加了感染的机会。另一个是开放性损伤有外出血，如受损血管较大，则外出血可能是严重的。

治疗 伴有休克的严重开放性损伤，应积极抢救休克（见第十一章）。一般的开放性损伤的治疗，主要为以下三个方面：

（1）止血：严重外伤出血可按第六章战地救护临时止血法处理。一般出血可用中药止血，并加压包紮。如：马勃粉；大黄加熟石灰3倍，炒至石灰呈粉红色，研末过筛；乌贼骨粉；土贝母末；百草霜；大枣树皮1两、当归5钱，研末，做局部伤口內撒布使用。

（2）伤口处理（清创术）：先清洁伤口周围，剪除毛发，消毒。然后用生理盐水清洗伤口，除去污物和异物。再次进行伤口周围皮肤消毒，局部麻醉后，清除坏死的组织，以及伤口深处异物，彻底止血，整修创缘。再用生理盐水冲洗伤口，逐层缝合。如处理离外伤时间较长的伤口（超过10小时）或伤口沾污严重，缝线可穿在创缘上暂不结紮，伤口轻填盐水纱布条，等2～3日后再结紮；如时间更长或已有化脓感染，则不做缝合。

（3）抗感染：开放性损伤可能发生化脓感染、破伤风和气性坏疽。所以一方面对伤口污染较重的可以口服磺胺或肌注青霉素。另一方面应用抗破伤风血清1500国际单位肌肉注射（必须先做过敏试验）。

骨　折

骨折按其断端是否与皮肤伤口相通，分为开放性骨折和闭合性骨折。这里主要介绍闭合性骨折。

病状 伤处肿胀，变形，疼痛剧烈，有明显触痛。有时可发现异常活动或骨断端摩擦音。叩听诊试验阳性，如下肢骨折时可将听诊器放在耻骨联合处，用相同力量以橡皮锤或手指叩击骨折处远端骨，如髌骨、跟骨，可发现病侧音传导减弱(图7-2)。

严重或多处骨折时，由于剧痛、出血过多或合併其他脏器损伤，可以发生休克。因此必须在局部检查之前先详细观察病人的全身状

态，切不可只看局部而忽视整体。

治疗

1. 併发休克时，首先抢救休克，再处理骨折。

2. 简单骨折处理：锁骨骨折、腓骨骨折、桡骨下端骨折、指(趾)骨骨折等可以根据条件，就地处理治疗。复位要在无痛下进行。常用骨折局部血肿内麻醉（1～2%普鲁卡因5～10毫升注入骨折端之间）。争取早期复位，以免肢体肿胀后影响复位操作。复位的基本方法是持续牵拉骨折远端，配合扳、挤、靠等手法，使远端对准近端。一般要求达到断端面接触⅔以上，远近端骨折段在同一线上即可（称为功能性对位、对线）。不必强求和原来一模一样。复位后以小夹板固定。锁骨骨折可做“8”字形绷带固定（见149页），3～4周。

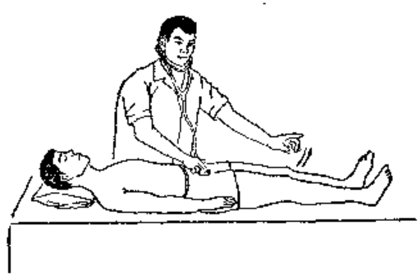


图 7-2 骨折叩听診試驗法

小夹板固定方法：先将金黄散（香油或醋调）或其他民间配方药物（见附方）涂布，螺旋状缠绕肢体，再缠2～3层绷带，或仅缠绷带（不包括上、下关节），用较硬的纸壳密贴固定，最外层再用与肢体外形长度适宜的木制小夹板（夹板长度不超过上下关节）固定。小夹板固定需注意其松紧度，太松达不到固定作用，太紧则影响血液循环。

3. 除上述几类骨折之外，遇其他骨折，如股骨干骨折、股骨颈骨折、桡尺骨骨折、肱骨骨折等，当地治疗困难，应及时上送医院处理。护送时应做好临时固定。如遇开放性骨折，出血创口处理同开放性损伤节所述。

骨折外敷民间配方

1. 生鸡肉捣烂，加牛膝3～5钱、杜仲2～4钱、五加皮1两、松香2钱、桑皮3～5钱等细末，敷于骨折处。

2. 牛角烤酥，研末，加一倍面粉，调成糊状敷于骨折处。

脱　位

脱位又称"脱臼"，是由外力作用于关节，造成关节各骨之间的正常关系发生改变。常见的关节脱位有以下几种。

一、下颌关节脱位

下颌关节脱位俗称"下巴骨脱落"，病人不能闭口。多见于老年人或体质虚弱的人。有人经一次脱位后，常重复发生，形成习惯性脱位。

复位法　病人靠椅或靠墙坐好。术者站在病人对面，两手拇指包上纱布放入病人口内两侧下磨牙上，其他手指托住下颌。两拇指慢慢用力往下压，然后稍将下颌向后上方端送，感觉"格楞"一下，表示关节复位成功。病人闭口并能正常咬合(图 7-3)。复位后，用宽布带托住下颌部 1～2 日，同时避免大张口或吃坚硬食物。



图 7-3　下颌关节脱位的复位手法

二、肩关节脱位

常由间接暴力所致（如跌倒时手撑地）。脱位时肩部疼痛，不能抬高上臂。外观伤侧肩变成方肩膀(图7-4)。

如局部疼痛剧烈，皮下有瘀血斑，应想到可能合併骨折，不应轻易复位，最好送医院诊治。如局部疼痛不重，可于当地做手法复位。

复位法　病人侧坐靠背椅上，靠背上垫以棉垫，伤肢腋部骑放在靠背上。助手握伤肢肘部，将伤肢向外下方慢慢牵引，持续 3～5 分钟后，术者用双手在腋下向外向上提托肱骨头，即可复位(图 7-5)。伤侧上肢肘关节靠近胸部时，手能摸到健侧肩部，表示复位成功。用三角巾将伤肢固定胸前 2～3 周。伤肢上举动作，应在 4 周后慢慢开始。

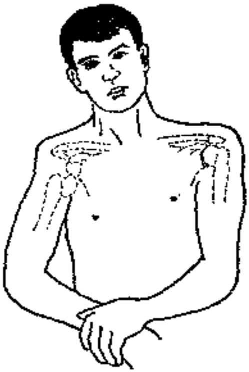


图 7-4 肩关节脱位姿势

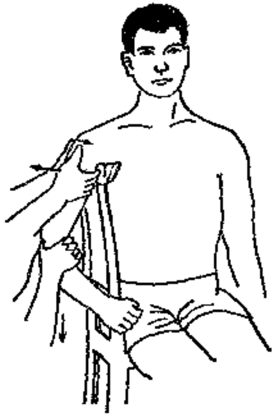


图 7-5 肩关节脱位复位方法

三、桡骨小头半脱位

多见2～6岁儿童，常因穿衣或被成人领着走路时牵拉过猛引起。脱位时，肘关节呈伸直位，不能屈曲及旋转。局部无肿胀畸形，肘的桡侧按痛明显。

复位法 术者面向病儿，以一手握腕部，另手握肘，将前臂伸直并稍加牵引，同时做前臂旋转动作，便可听到"格答"声，表示复位成功（图7-6）。复位后病儿立即疼痛消失，活动自如。



图 7-6 桡骨小头半脱位复位方法

烧　伤

烧伤是平时和战时都容易发生的一种损伤。解放前，不知有多少

劳动人民因烧伤得不到及时合理的治疗而丧失了生命或造成终生残废。解放以来，特别是无产阶级文化大革命以来，工农兵伤员发扬“一不怕苦，二不怕死”的精神，以坚强的革命意志同烧伤病痛顽强斗争；广大革命医务人员以毛主席的伟大哲学思想为武器，大破烧伤治疗上的陈规，粉碎了“洋奴思想”、“爬行主义”的思想束缚，敢想敢干敢革命，在世界医学史上创造了一个又一个救治大面积严重烧伤成功的光辉事例，使我国烧伤治疗在世界医学领域内攀登了新高峰。这是毛泽东思想的伟大胜利，这是毛主席无产阶级革命卫生路线的伟大胜利！当我们学习烧伤的时候，回顾我国在烧伤治疗上的丰硕成果，这种幸福、自豪的心情是无法形容的。我们一定要怀着对毛主席的无限忠心，对帝、修、反的刻骨仇恨，认真学习、掌握防治烧伤的知识，为中国革命和世界革命做出贡献。

病状 看一个烧伤病人的严重程度，要从两个方面来衡量。一是烧伤的程度（分度），二是烧伤的面积。

1．烧伤的程度 烧伤只侵犯到表皮层，表现为皮肤发红、疼痛、微肿，为一度烧伤。烧伤侵犯到真皮层，出现水泡，疼痛剧烈，为二度烧伤。如烧伤达皮下组织，甚至破坏肌肉、骨头，组织坏死、炭化，此时疼痛轻，但全身反应重，为三度烧伤。烧伤分度概括的说就是：“一度皮发红，二度出水泡，三度坏死疼痛少。”

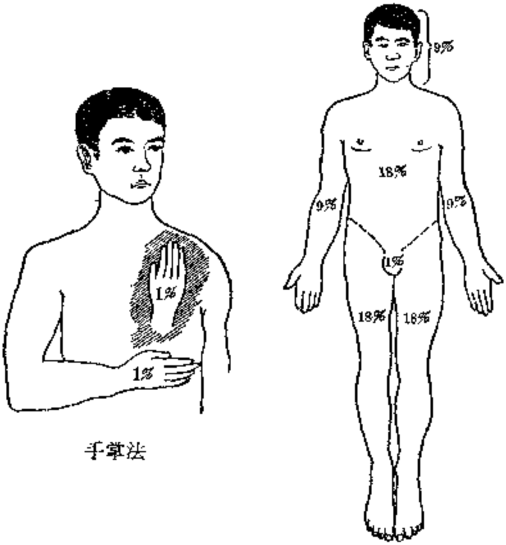
2．烧伤的面积 一般情况下，成人烧伤面积小于10%，儿童烧伤面积小于5%为轻症，如烧伤面积超过15%，则应按急重症处理。最简便的计算烧伤面积的方法有两种：

(1) 九分法：将体表分成9份计算。头面颈部为1份，占全身面积的9%，两上肢各占1份，各占全身面积的9%，两下肢各占18%，躯干前后各占18%，外生殖器及会阴占1%（图7-7）。

(2) 手掌法：以病人自已的手掌为准，手指并拢后所占面积为全身表面积的1%（图7-7）。

上述两种烧伤面积的计算法，可以结合应用更为方便。

治疗 如遇有大面积烧伤，应做好现场抢救和护送工作。在现场抢救中，要镇静沉着，不可惊慌失措。汽油烧伤不能用水浇；户外烧伤者，如火还没有灭，可就地翻滚或拍打，扑灭身上的火，不能站立



手掌法　　九分法

图 7-7　烧伤面积計算方法

或乱跑，以防助长火势；烧伤创面要尽量保持干净，不乱涂油膏，不用脏物包裹。有条件时，现场可用止痛剂，给病人多喝含盐的热水（每100毫升水中加食盐1克），迅速送医院治疗。对一般小面积烧伤可就地治疗处理。

1．全身治疗：嘱病人适当休息，可给止痛剂口服（如止痛片1.0克口服，或安乃近1.0克口服），适当应用青霉素、链霉素等防感染。鼓励病人多喝水（可按下方配成"烧伤饮料"：食盐0.6克、苯巴比妥0.005克、碳酸氢钠0.15克、糖不限量，加水至100毫升）。二、三度烧伤可注射抗破伤风血清1500国际单位。

2．局部治疗：一度烧伤或二度烧伤水泡未破者，可局部涂用大酱、浓碱水、煤油、米醋，或用酒精湿布包紮。如水泡破溃，可不将表皮剪掉，用注射器将内容物抽吸干净（注意消毒），用大黄（或黄连）与地榆等量研为细末，香油调涂。或用生地榆面香油调涂，也可涂紫药水或鸡蛋清加普鲁卡因（每个鸡蛋清加0.5%普鲁卡因3～5毫升）。局

部涂用獾[音欢，huān]子油，也有效果。如果后期创面发生感染时，则按一般外科感染换药处理。

冻　伤

冻伤是低温侵袭人体引起的全身或局部损伤。容易发生冻伤的部位是手、脚、鼻、耳等处。促使容易发生冻伤的条件是潮湿、疲劳等。

受冻初期血管收缩，局部皮肤苍白、发凉、发硬。经温暖解冻后，血管舒张，各种冻伤的症状才表现出来。因此，冻伤的程度早期是不易确定的。一般将冻伤分三度：

一度：解冻后皮肤发红，发热，发痒。

二度：解冻后皮肤发生水泡、肿胀，疼痛剧烈。

三度：解冻后皮肤呈黑褐色，表皮有血性水泡，病处无痛觉，最后局部可能发生坏死脱落。

耳、手、足等处受冻后出现一度冻伤征象，容易复发者，称为"冻疮"。冻疮局部皮肤淡紫红色，水肿，发痒，有时因搔破而感染溃烂，不易愈合。

预防　冻伤的预防，不能单纯消极地靠增加衣着，还应积极地从各方面的因素去考虑。如寒天户外作业，注意肢体不要长期静止不动，鞋袜不要过紧，尽量保持衣服、鞋袜干燥。常用山里红熬水洗手脚。平时注意身体锻炼，增加机体的抗寒能力等，对预防冻伤的发生都是十分重要的。

治疗

1．复温：局部或全身冻伤病人，急救时可取快速复温。开始将病肢放入37～40度温水内，轻度冻伤10分钟左右，较重冻伤则需30～40分钟。可用红辣椒切碎，泡在热水中洗，也可用茄秸子（最好是冻茄秸子）煎水洗。农村习惯用凉水浸泡病肢进行复温（水温约在10度左右），也有较好效果。局部不应用火烤。

2．创面处理：复温后出现水泡时，可将泡内液体抽出，稍加压包紮；或用山楂烧焦，加白糖捣烂外敷；也可用桑寄生5两、艾蒿2两、防风2两、茄秸子1斤熬成膏状外敷。较重冻伤需送医院治疗。

3．冻疮治疗：手、足、耳、鼻等处冻疮的治疗，可涂用桑寄生软膏（桑寄生浸膏3克、甘油10克、氧化锌粉2克、凡士林35克），或用80%蜂蜜和20%猪油制成油膏敷用。

颅 脑 损 伤

颅脑损伤在某些人的头脑中认为是治疗方法不多、后果十分严重的疾病，因此在抢救、战胜颅脑损伤上缺乏信心。战斗英雄麦贤得同志用钢铁般的革命意志，战胜了严重的颅脑损伤。这是战伤史上的一个奇迹，也给我们以最深刻的教育。在颅脑损伤的治疗上，我们要遵照毛主席**“在战略上我们要藐视一切敌人，在战术上我们要重视一切敌人”**的伟大教导，以压倒一切的革命精神，为抢救每一个颅脑损伤的阶级弟兄贡献我们的力量！

颅脑损伤中较常见的是头皮损伤，如头皮下血肿、头皮割裂伤。后者常出血多，不易止住。如同时发现有颅骨改变（凹陷变形），则为颅骨骨折。发现有鼻、耳流出脑脊液或眼结膜出血，则为颅底骨折。颅脑伤后病人出现意识消失，一般表明脑组织受到不同程度的损伤。轻的脑组织损伤叫脑震荡，它是一种短暂的、可恢复的脑机能障碍，脑组织本身并无出血、破坏等改变。病人表现为：伤后有短时间（不超过1小时）的意识消失，瞳孔、呼吸、脉搏、血压均无明显改变。清醒后有短时的嗜睡，或呕吐，并有头痛、头昏，1～2周后大多恢复。

如果伤后病人昏迷时间长，或出现肢体瘫痪，或者伤后经过一段时间清醒，而后又出现躁动不安或昏迷，且有多次呕吐，血压升高，甚至出现瞳孔不等大或散大，呼吸深大或浅快，均说明颅脑损伤严重。

治疗

1．头皮损伤（血肿、裂伤）可按一般软组织损伤治疗处理。颅骨骨折需送医院治疗。

2．一般脑损伤（脑震荡）的病人应安静休息一段时间。给予少量镇静药物。如苯巴比妥（鲁米那）0.03克，每日2～3次口服。利眠宁片10毫克，每日2～3次口服。川芎5两、蔓荆子2两、红花5

钱，共研细面，每日早晚饭后1小时，温水送服，每次2钱。头痛者可针刺印堂、百会、风池、太冲等穴。

3．严重脑损伤要立即送医院诊治。送医院前为减轻脑水肿和降低颅内压，可静脉注射50%葡萄糖100毫升或点滴25%山梨醇250毫升。送往医院途中应防止舌后坠，保持呼吸道通畅。早期不用强效的镇静、催眠药，以免妨碍对意识状态的观察。

破 伤 风

破伤风是由破伤风杆菌自伤口侵入体内而发生的一种特殊感染，表现为全身和局部肌肉阵发性痉挛，常是由伤口污染得病。新生儿因脐带处理不当（旧法接生），也可得破伤风，俗称脐带风。

病状 多于伤后一周左右发病。主要是阵发性肌肉痉挛。开始为咬肌痉挛，表现为牙关紧闭，张口困难。进而发生项肌痉挛，表现为项强；面部肌肉痉挛，表现为苦笑面容。背肌痉挛，出现角弓反张。这种痉挛呈阵发性发作，发作时意识清楚，口唇发绀。病情严重时发作频繁，每次发作持续时间长，最后可因中毒、窒息或伴发败血症而死亡。

预防

1．推广新法接生，防止新生儿破伤风的发生。

2．注意安全生产，对污染较重的伤口及时进行清创。

3．在部队和基干民兵中有计划地接种破伤风类毒素，增强免疫力。

4．对污染重的外伤，可做抗破伤风血清注射，每次1500国际单位，肌肉或皮下注入（应先做过敏试验）。

治疗

1．病人应放在安静的地方，避免一切刺激。由于病情变化迅速，阵发性抽搐可突然引起痰液阻塞而窒息，因此，要加强护理工作。

2．病人发生痉挛，可用下述药物治疗：苯巴比妥（鲁米那）0.1克肌肉注射。10%水合氯醛10～15毫升口服或20～30毫升保留灌肠。冬眠灵25毫克肌肉注射。为防止药物储积发生毒性作用，上述药物可交替使用。

五虎追风散，蝉蜕1两、天南星2钱、明天麻2钱、全蝎7个、炒僵蚕7个，日服1剂，水煎分2次服。以黄酒为引，冲服硃砂5分。

3．病人早期开始应用青霉素防止感染。伤口用3％双氧水或1:5000高锰酸钾冲洗，伤口用过的敷料要烧掉，不可再用。

4．如有条件，可用精制破伤风抗毒血清3～5万国际单位，一半肌注，一半加入5％葡萄糖溶液500～1000毫升中缓慢静滴。如条件不许可，最好护送医院进行治疗。

气 性 坏 疽

气性坏疽是开放性损伤受污染后发生的一种急性特殊感染，多见于战时和肌肉组织破坏严重的损伤。气性坏疽的特点是从感染到发病之间的时间短（多为2～4天），发病急。全身症状严重，有高热、脉数、呕吐；局部剧烈疼痛，肿胀严重，按之有"握雪感"（皮下有气体），创口有血性分泌物流出，有恶臭，似腐败尸体样气味。

预防应做到正确的清创处理，必要时注射气性坏疽抗毒血清。

遇有疑似气性坏疽的病人，应严格隔离，及时送医院诊治。如延误治疗，则病人常在数日内发生危险。病人用过的衣物要彻底消毒，敷料用后要烧毁，以免传染他人。

第八章　常见传染病和寄生虫病

传染病和寄生虫病与一般疾病不同，能传染蔓延，使许多人得病，影响人民健康，危害很大。特别是在旧中国国民党反动派统治时期，劳动人民受压迫剥削，生活贫困，疾病成灾。国内曾发生过多次霍乱大流行，得病人数达几十万，死亡十万以上。血吸虫病在我国南方十几个省流行，鱼米之乡的长江流域，在血吸虫病的危害下，人民流离失所，田园荒芜，**“千村薜苈人遗矢，万户萧疏鬼唱歌”**。日本帝国主义侵略我国期间，更灭绝人性地制造鼠疫流行，造成无数劳动人民家破人亡。阶级仇，民族恨，我们要永远牢记心中。

伟大领袖毛主席指示：**“应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。”**解放以后，广大革命群众积极响应毛主席“**动员起来，讲究卫生，减少疾病，提高健康水平**”的伟大号召，在全国范围内广泛开展了群众性爱国卫生运动。对危害人民最严重的疾病开展了大规模的防治工作。天花、鼠疫、霍乱等烈性传染病在我国早已绝迹，斑疹伤寒、回归热、黑热病等已基本消灭，血吸虫病也在许多地区得到控制和消灭，其他传染病的发病率都大幅度下降。人民健康水平有了显著提高。在“**自力更生**”方针的指引下，我国自制成脊髓灰质炎糖丸疫苗、麻疹疫苗等，能够有效地控制这些传染病的流行。尤其麻疹疫苗效果高，反应小，已超过国际水平，把美帝、苏修远远抛在后面。传染病防治的一切成就，都是在党和毛主席正确领导下取得的，是毛主席无产阶级革命路线的伟大胜利，是毛泽东思想的伟大胜利！

但是，叛徒、内奸、工贼刘少奇和他在卫生部门的代理人，长期以来推行反革命修正主义路线。他们利用窃取的一部分职权，对抗毛主席的革命路线和方针。他们把大量人力、物力集中在城市，为少数人服务，造成广大农村缺医少药；对传染病推行“重治轻防”、“只

治不防"的方针；在爱国卫生运动中推行"锦标主义"、"形式主义"；在传染病研究工作上推行"洋奴哲学"、"爬行主义"、"专家路线"，压制工农兵的革新创造。他们所推行的反动路线，实际上就是在医疗卫生上对广大劳动人民实行资产阶级专政。

史无前例的无产阶级文化大革命，摧毁了刘少奇为首的资产阶级司令部，粉碎了反革命修正主义卫生路线。伟大领袖毛主席的无产阶级革命卫生路线和"**把医疗卫生工作的重点放到农村去**"的光辉指示深入人心，得到全面贯彻执行。"**春风杨柳万千条，六亿神州尽舜尧。**"目前，随着全国各地全面落实毛主席"**备战、备荒、为人民**"的伟大指示，农村卫生事业正在飞跃发展。传染病防治工作，应当从战备的观点，从工农业生产大跃进的观点，搞得更加广泛、更加深入，为保证我国社会主义革命和社会主义建设的进行，创造有利条件。

第一节 传染病预防

传染病和寄生虫病需要预防，而且能够预防。预防传染病和寄生虫病的关键，正如第三章里所说的，就是打一场预防疾病的人民战争。除了提高思想认识，还要让大家都知道，传染病是怎么一回事，应当怎样做预防工作。

传染病和寄生虫病与其他疾病有什么不同？

1．传染病或寄生虫病是由微生物或寄生虫侵入人体引起的，这些致病的低等生物叫做病原体。

2．有传染性。病原体经过一定的途径在人群中传播，使人们发生相同的疾病。

3、某些传染病有免疫性。

4．有地方性和季节性。因为人体、病原体和传播病原体的动物（如苍蝇、蚊子），都受自然环境的影响，如痢疾、伤寒多发于夏秋，波状热、包虫病主要分布于牧区。

5．病原体侵入人体，并不立即使人发病。当它们发展到一定程度，人体抵抗力不足以制止它们时，才出现症状。这段从感染到发病的时间称为潜伏期。

传染病和寄生虫病的上述特点，就是它们传播、蔓延的原因；当

人们认识这种规律性以后，也就有了预防它们的根据。

预防传染病和寄生虫病要抓住哪些环节？

1．杜绝传染源　病原体侵入人体或动物才能迅速繁殖，然后传播。传染源就是指病人、病畜和“带菌者”。他们的排泄物或分泌物中有多量的病原体，可传染他人。杜绝传染源的基本方法，就是早期发现、隔离治疗。

（1）早发现：对传染病也应提高警惕，根据传染病的季节性、地方性和流行情况，主动送医上门，进行家庭、田间、厂房访问。认真检查每个病人，利于早期诊断。

（2）早报告：发现传染病，立即向有关部门报告。本地区应当自己互通情报，有利于及时采取预防措施。

（3）早治疗、彻底治疗：病人好得快、好得彻底，传给别人的机会就少。

（4）早隔离：隔离病人，避免不必要的接触。病人的粪便、尿、痰、吐物等，可用土深埋、加热灶灰、生石灰、药物等。病人的用物（如碗筷、毛巾、衣被等），他人不可混用，不该拿到井、河旁洗涤，应用煮、蒸、晒等方法消毒。

（5）早消毒：除病人排泄物和用物外，还应进行环境消毒，如洒药、熏烟等。

2．切断传染途径　传染病和寄生虫病都有一定的传染途径：（1）“病从口入”者，如伤寒、痢疾、传染性肝炎、蛔虫病等。病原体随饮水、食物进入胃肠道。常与苍蝇有密切关系，多发于夏秋。（2）从呼吸道传染，如麻疹、百日咳、流感等。常与空气受病人吐痰、咳嗽、喷嚏的“飞沫”污染有密切关系，多发生于冬春。（3）从皮肤传染，如疟疾、鼠疫、斑疹伤寒等，分别由蚊、蚤、虱叮人后传染。

切断传染途径的基本方法是讲究卫生，除害灭虫。

（1）加强水粪管理：是预防经胃肠传染的病的根本方法。

（2）除害：消灭蝇、蚊、蚤、虱、鼠等。

（3）处理病畜　絛虫病、包虫病、波状热等，都与猪、牛、羊、狗等得病有关。病畜的肉要煮熟煮透、高温处理后才能吃，病死者深埋或火烧。

（4）讲究卫生：搞好环境卫生，使害虫病菌不易生长，也能使畜病减少。注意个人和家庭清洁卫生，防止和减少胃肠传染病等发生。

3．**增强人体免疫力** 人体对病原体的抵抗力有强有弱。抵抗力弱的人们容易受传染，叫做易感人群。通常儿童的抵抗力比成人差，因为他们尚未发育成熟，而且还没有和许多病原体斗争过。免疫力是在人体同病原体斗爭中增强的。例如：对麻疹的免疫是得过麻疹或接种麻疹疫苗后才能获得。

体质的强弱是抗病力的基本因素。所以，锻炼身体、增强体质，是预防传染病发生的重要措施。

在易感人群中，在某些传染病可能流行或发生的条件下，有计划地施行预防接种，也是增强人体免疫力的重要措施。常用的预防接种见下表。

［附］ 预防接种简表

疫苗名称	接种对象	接种方法	剂量	复种与免疫期
卡介苗	初生婴儿及结核菌素試驗阴性的儿童	1.口服，3次，隔天1次； 2.划痕，1次； 3.皮内注射，1次	1．每次1毫升； 2．1滴； 3．0.1毫升	1、4、7、10、14、17岁各1次，免疫期2～4年
牛痘苗	2～6个月婴儿及过期未种者	上臂外侧，初种2颗，复种1颗。划痕法或多压法，1次。1周后检查，如初种无反应，再种1次	每颗用苗1滴	每6年接种1次，免疫期3～5年
百日咳菌苗、白喉类毒素混合制剂	3个月～6岁	上臂外侧皮下注射，3次，間隔4～6周	第一次0.5毫升，第二、三次各1毫升	1～2年加强注射1次，免疫期2～3年
脊髓灰质炎减毒活疫苗	2个月～7岁	口服，3次。Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ型依次服，每次間隔1个月	糖丸，每次1粒： Ⅰ型（紅色） Ⅱ型（黄色） Ⅲ型（綠色） 液体每次0.1毫升	

续表

疫苗名称	接种对象	接种方法	剂量	复种与免疫期
麻疹减毒活疫苗	6个月以上未患过麻疹的易感儿	上臂外侧皮下注射，1次	0.2毫升	
流行性乙型脑炎疫苗	6个月～12岁	方法同上，2次，間隔7～10天	6～12个月每次0.25毫升，1～6岁每次0.5毫升，7～12岁每次1.0毫升	第二年加强注射1次。免疫期1年
伤寒、副伤寒甲乙三联菌苗	2岁以上60岁以下重点对象	方法同上，3次，間隔7～10天	第一次 / 第二及第三次 2～6岁：0.2毫升 / 各0.4毫升 7～14岁：0.3毫升 / 各0.6毫升 15岁以上：0.5毫升 / 各1.0毫升	每年加强注射1次。免疫期1～3年
干燥布氏杆菌（波状热）活菌苗	牧区、皮革和屠宰业对波状热菌素反应阴性人員，5岁以上60岁以下	方法同上，1次	5～9岁0.3毫升，10～15岁0.5毫升，16岁以上1.0毫升	一年后波状热菌素反应阴性者再次注射，剂量减半。免疫期1年
破伤风类毒素	有受破伤风威胁的人員（民兵、战士等）	方法同上，3次，間隔4～6周	第一次0.5毫升，第二、三次各1.0毫升	一年后再注射1毫升。受伤后立即加强注射1毫升。免疫期3～5年
人用狂犬疫苗	被狂犬（猫）抓、咬伤者	腹部皮下注射，14～21次。每天1次，严重者前7天每天早上、午后各1次，后7天每天1次	每次2毫升	免疫期半年

接种注意事项：

（1）接种前应向群众广泛宣传，并要做好健康情况的了解。凡是有急性传染病、活动性结核、活动性风湿病、急慢性肝、肾疾病、严重

心脏病、高血压病、孕妇或经期，都不宜注射。还要了解过敏病史，必要时作过敏试验。

（2）接种时作好登记，防止遗漏。注射部位及注射器严格消毒，疫苗或菌苗的注射剂量、注射次数和注射间隔时间，都必须按说明书的规定执行。

（3）接种后常见反应有：①局部红肿，几天后消失。偶可因消毒不严密而发生局部感染、红肿、淋巴结肿大等，应给予抗菌药治疗。②全身反应。少数人可出现发热，可一般对症处理。极个别人可发生过敏反应，严重的可出现休克，应迅速肌注 1:1000 肾上腺素等救治。

第二节　常见传染病

流行性感冒（流感）

流感的病原体是流感病毒，经呼吸道传染。多发于冬春两季，传染性很强，在短时间内可使多数人发病，对人体健康和生产劳动影响很大，应当积极预防。

病状　起病急，发冷发烧，头痛，全身肌肉及关节酸痛。小儿可有呕吐，高热时可发生惊厥。一般咳嗽、流涕症状较轻，全身症状较重，与普通感冒不同。查体：眼结膜充血及咽发红，常无其他特殊体征。小儿及体弱病人易併发肺炎。

防治

1．及时发现病人，早期隔离治疗，送医送药上门。

2．流行期间不要串门。预防可用 10% 大蒜汁或 3% 黄连素液滴鼻，或贯众、板蓝根各 3 钱煎湯代茶饮。

3．发病后应适当休息，多喝开水，注意保暖。治疗可用以下方法：

（1）针刺合谷、风池、曲池、大椎等穴位。

（2）发热稍怕冷，口干咽红痛，可用板蓝根 5 钱、薄荷 2 钱、甘草 1 钱，水煎服。高热不退，加银花 3 钱、连翘 3 钱、石膏 4 钱。也可用大青叶 1 两、芦根 5 钱，水煎服。

（3）银翘解毒丸（片）、羚翘解毒丸（片）等。

（4）发热头痛，可用安乃近等作曲池、合谷穴位注射，酌用复方阿司匹林片（A.P.C.）等解热镇痛。小儿高热，可用安乃近点鼻。

（5）高热数日不退，应用磺胺或抗菌素治疗。

传染性肝炎

本病由传染性肝炎病毒引起。病毒污染食物、饮水或食具，经消化道传染；也可通过污染的注射器传染。常见有急性黄疸型肝炎和无黄疸型肝炎两种。

病状和诊断

急性黄疸型肝炎：发病初期常有发热，全身无力，食欲不振，厌油腻，恶心呕吐，上腹饱胀，大便干燥或腹泻。約一周后，可见尿色加深（浓茶样），皮肤巩膜发黄，肝区痛。检查可触及肝大、质软、光滑，有触痛和叩痛。黄疸約持续2～4周，逐渐消退，肝也逐渐恢复正常大小。

无黄疸型肝炎：较多见。病人多有全身无力，食欲不振，恶心，腹胀，右上腹部不适或胀痛。易被诊断为胃病等。但检查肝脏有肿大，并有压痛，有时可触到脾。必要时，可作肝功能检查以助诊断。

有少数来势凶恶的黄疸型肝炎，黄疸重，并有精神异常（狂躁不安或意识不清），呼气带有特殊的口臭。肝脏缩小，肝浊音界叩不出，甚至发生肝昏迷，需急送医院抢救。

预防

1．杜绝从手到口的传染：人人养成饭前便后洗手、不吃不洁食物的卫生习惯。消灭苍蝇。加强饮水和粪便管理。

2．早发现、早隔离病人，隔离期应不少于30日。凡是病人用过的食具、注射器和针头应煮沸消毒30分钟。粪尿应用生石灰处理或深埋土中。

3．茵陈5钱、山栀3钱、板蓝根3钱，水煎服。

治疗 治疗肝炎，适当地加强营养，注意休息是必要的。但是，过分地强调卧床静养、吃药吃糖保肝，完全忽视人的主观能动作用，那是“活命哲学”对待肝炎的态度。应当根据疾病发展的具体情况，给以适当的治疗。同时要充分调动病人的积极因素。

1．急性黄疸型肝炎：

（1）在黄疸期内，适当卧床休息，注意营养，不能正常进食时可静滴10％葡萄糖500～1000毫升（内加维生素丙500毫克）。

（2）黄疸重者，可用10％卤碱30～60毫升加入5～10％葡萄糖500毫升内缓慢静滴，每日1次；也可用氢化可的松200～300毫克加入葡萄糖液静滴，或加口服强的松20毫克，一日3次，注意补钾。黄疸较轻者，可口服卤碱2克，一日3次。

（3）对黄疸及肝大还可作穴位注射：主穴肝热、肝俞、胆俞，配穴足三里、太冲、中都。用维生素乙$_{12}$ 100微克，加生理盐水或0.5％普鲁卡因1毫升。背部穴位刺入5分，四肢穴位刺入1寸，每穴注入0.2～0.5毫升。隔日1次，连用7～14日为一疗程。可间隔一周，再作一疗程。

（4）中药疗法：①茵陈5钱、甘草2钱、槟榔4钱、板蓝根3钱，水煎服（本校验方）。②郁金、枳实各5钱，牛胆2个制丸，每日2钱，一日3次。③茵陈1两、板蓝根1两、栀子3钱、甘草1钱、柴胡2钱，便秘加大黄1.5钱，食欲不振、腹胀加砂仁2钱，肝区痛加青皮、郁金各2钱，水煎，每日1剂，分2次服。

2．无黄疸型肝炎：

（1）中药疗法：柴胡2钱、白芍2钱、青皮3钱、香附2钱、郁金3钱、甘草2钱，水煎服。

（2）肝大可作穴位注射，用1％卤碱，方法同上。

（3）也可应用肝宁、肝太乐、多种维生素等。

经以上治疗，黄疸消退，肝脏大小基本恢复，一般状况良好，就应适当增加活动，但不宜参加重体力劳动。一般经2～3个月恢复健康后，可正常工作。

痢　疾

痢疾是夏秋多发的肠道传染病。依其病原分为两种，一种是痢疾杆菌引起的细菌性痢疾（简称菌痢），一种是由阿米巴原虫引起的阿米巴痢疾。菌痢较阿米巴痢疾多见。两者都是饮食不洁引起，苍蝇是传染的主要媒介。所以，预防痢疾，主要把好“病从口入”这一关。

一、菌　　痢

病状　发病急，发冷发热，常有恶心呕吐，继而发生腹痛、腹泻，先为稀便或水样便，后变为粘液脓血便，呈淡红色胶冻状，量少，次数多，同时伴有腹痛和里急后重感（痛一阵，拉一点，总觉得拉不净的感觉），左下腹有压痛。

如为小儿，则往往起病急，突然高热，可达40℃以上，呕吐腹泻，或者无明显腹泻及脓血便，较快地出现嗜睡，昏迷，抽风，面色青灰，四肢发凉，呼吸急促等中毒症状，甚至出现呼吸循环衰竭。这种情况叫中毒性菌痢。夏秋季遇见高热昏迷的病人，应想到中毒性菌痢的可能。

急性菌痢未及时彻底治疗，可转为慢性，表现经常有腹痛，次数不定的粘液便或带少量脓血等，病情时轻时重。

预防

1．加强水源保护和粪便管理，灭蝇、灭蛹。

2．搞好饮食卫生，做到不喝生水，不吃不洁食物，饭前、便后洗手。

3．发现病人要及时隔离治疗，并向防疫机构作疫情报告。对带菌病人要积极治疗。

4．病人和带菌者的粪、尿、呕吐物，用生石灰或热灶灰搅拌深埋；病人的衣物、食具也要进行消毒。

5．本地区如有流行，可吃大蒜或马齿苋煎汤作预防。

治疗

1．病人吃清淡、易消化的食物。腹泻严重时要预防脱水，可多喝开水，加少许食盐或小苏打，不能进食的病人可静滴5%葡萄糖盐水等。

2．中草药疗法：

（1）鲜马齿苋一大把、大蒜2头（去皮）共捣泥，水煎加红糖少许口服，一日2次，连用3～5日。

（2）马齿苋合剂（见后面肠伤寒项）连用3～7日。

（3）扁豆花8钱水煎，加糖适量。

3．穴位注射法：适用于腹痛里急后重严重者。取双侧天枢穴及止泻穴（脐下2.5寸，相当于脐与耻骨联合之间的中点）。用黄连素1支或白头翁注射液等，加0.5%普鲁卡因1毫升，或再加阿托品1支（0.5毫升），混装于注射器内，以7号针头刺入穴位，得到麻胀感后注药。针刺入止泻穴后，应有向耻骨联合或会阴放散感。每穴用药0.5～1毫升，每日1次，约3～5日。也可用氯霉素作穴位注射，但不能与普鲁卡因等混入一起，要分别装入两个注射器内，先注普鲁卡因。

4．新针疗法：取关元、天枢、气海、足三里，发热配曲池，腹痛里急后重配阳陵泉。

5．止痢药：痢特灵0.1克，氯霉素0.25克，合霉素0.5克或黄连素0.3克，每日4次内服。先任选一种药治疗3日，无效时再换一种，或同时内服两种药（氯霉素与合霉素不合用），用至大便正常后3日停药。

6．辨证论治：

（1）痢疾初期，发热，口渴，周身不适，下痢，舌苔微黄，宜两解表里：黄芩3钱、葛根3钱、黄连1钱、甘草1钱，水煎服。

（2）腹绞痛，里急后重，下痢红白，舌苔黄腻者，宜清热解毒：白头翁4钱、秦皮4钱、黄连2钱、黄芩3钱，水煎服。或用香连丸3钱、银花4钱，煎汤送下。

7．慢性菌痢治疗：

（1）注意饮食，调整胃肠机能。

（2）胡黄连、乌梅各等分，共研末，每次1钱，每日2次。

（3）苦参3钱、地榆3钱、槐花1钱，水煎，每日1剂，分2次服。

（4）经常吃大蒜。并可用大蒜液保留灌肠：大蒜1～2钱，捣碎，加水100毫升搅拌，放置2小时后，加温注入直肠内。

（5）急性发作时，治疗同急性菌痢。

8．中毒性菌痢处理：注意控制高热、惊厥（抽风）、休克、呼吸衰竭等，参看第十一章急症处理、第十二章小儿惊厥项及本章流脑各项。急救后应送医院治疗。

二、阿米巴痢疾

阿米巴痢疾以排粘液脓血便为主症，但病势较菌痢稍缓。两者的病状鉴别如下：

阿米巴痢疾：发病缓，腹痛、里急后重轻，右下腹压痛明显，大便次数较少，一日3～5次，便量多，粘液脓血粪便相混，呈酱红色，有腐臭。

急性菌痢：发病急，腹痛、里急后重较重，左下腹压痛明显，大便次数多，便量少，粪便成分少，粘液脓血呈粉红色胶冻状，有腥味。

治疗

1．白头翁、秦皮、黄柏各3钱，水煎服。

2．鸦胆子10粒去皮，置于胶囊中或用桂圆肉、馒头皮包裹，每日2～3次内服，连用7～10天。

3．阿的平0.1克，一日3次；同时用卡巴胂0.2克，一日2次内服。

4．吐根素（依米丁）0.03克，每日2次深部皮下或肌注；6日后改为0.03克每日一次肌注，连用12天。此药可能损害心肌，因此用时要注意心脏血压，如有心悸、脉搏过速或不规则、血压降低等情况，应即停药。

肠伤寒

肠伤寒是由伤寒杆菌引起的急性肠道传染病。病菌从病人和带菌者的粪、尿中排出，人吃了被病菌污染的水或食品，在抵抗力减低的情况下，便可感染得病。苍蝇是传播本病的主要媒介。多发于夏秋两季，儿童青年多见。

病状

初期：起病较缓，先是低热，逐渐升高，畏寒，头痛，食欲不振，周身不适。发烧6～7天后，在胸腹部皮肤上可见浅红色皮疹，如小米粒大，指压褪色。检查肝脾肿大，尤以脾肿大为多见。血液化验白细胞总数可减少。

严重期：病后一周开始，持续高热39～40°C，意识朦胧，精神萎靡不振，表情淡漠。出现相对性缓脉（体温高而脉搏仅达80～90次/分，两者不相适应），是本病的一个特点。病人可有耳鸣、耳聋、便秘或腹泻。检查脾大明显，舌苔黄腻，舌质红或呈黑色。上述症状可延续2～3周。

好转期：从病后第3～4周开始，病人体温下降，精神、食欲都见强，病情好转。但此时小肠病变形成溃疡，若饮食护理不当，常会併发肠出血或肠穿孔。

恢复期：经适当治疗护理，病人体温逐渐恢复正常，一切症状减轻，直至痊愈。部分病人体内病菌未彻底消除，可成为带菌者。也有因饮食不当、过劳而复发的。

小儿患本病和成人不同点是：热型常不规则，肝脾大较成人明显，缓脉和白细胞总数减少也不明显。

肠伤寒有时须与斑疹伤寒鑑别。斑疹伤寒由虱子叮咬皮肤传播，病原体是斑疹伤寒病小体（废用立克次体名称）。起病较急，体温急剧上升，脉搏数随体温上升增快，躯干四肢多有出血性皮疹。本病好发冬春两季，病程较肠伤寒为短。

预防

本病预防基本同痢疾。初夏需进行伤寒疫苗预防注射。

治疗

1．精心护理十分重要。病人卧床休息，宜吃流食或无渣软食，如米汤、蛋汤、小米粥、软面条等，少食多餐。不能进食，可静滴或静注葡萄糖加維生素丙。病情好转恢复时，病人常饥餓思食，此时切忌暴饮暴食和吃不消化的食物，以防併发肠出血和肠穿孔。

2．马齿苋合剂（本校验方），马齿苋2两、白头翁6钱、黄柏6钱，加水600毫升，煮成100毫升，滤取药液，药渣再加水600毫升煎煮成100毫升，挤汁后两次滤液相混（200毫升）。每次口服30毫升，一日3次，连服7～10天。

3．氯霉素或合霉素治疗：氯霉素成人每次0.25克，一日4次，小儿按30毫克/公斤/日服用；合霉素加倍量。热退后3天用量减半，再用3天停药。氯、合霉素长期应用可能使白细胞减少，致使病人抵

抗力降低，应注意。

4．辨证论治：

(1) 病初治宜芳香化浊：藿香3钱、佩叶2钱、川朴1钱、半夏2钱、陈皮1钱半、大腹皮2钱、荷叶3钱，水煎服，一日1剂。

(2) 身热有汗，心烦渴口苦，舌红苔黄腻，治宜清热利湿：黄连1钱、川朴2钱、山栀3钱、半夏3钱、芦根1两、黄芩3钱、滑石3钱，水煎服，一日1剂。

(3) 如胸腹胀闷，舌苔粘腻，治宜宣中渗湿：杏仁3钱、苡仁4钱、蔻仁2钱、滑石4钱、川朴1钱半、半夏2钱、通草2钱、竹叶3钱，水煎服，一日1剂。

5．併发肠出血或肠穿孔，应立即护送至医院抢救。

流行性脑脊髓膜炎（流脑）

流脑是脑膜炎双球菌引起的急性传染病，经过呼吸道传染，多在冬末春初流行。

病状 发病急。少部分病人先有咳嗽、咽痛等呼吸道症状。随即发生高热、头痛、呕吐，烦躁不安或嗜睡，严重者可惊厥、昏迷。幼儿前囟饱满膨出。多数病人全身皮肤可见暗红色出血点或边缘不整的瘀斑，尤以四肢及臀部多见。查体可发现项强、屈髋直腿试验阳性等脑膜刺激征。

少数病人发病即表现突然高烧、寒战，几小时后就出现出血疹，并很快融合成大片紫斑。同时出现面色苍白、四肢发凉、脉细弱、血压下降等休克症状。有的表现剧烈头痛，喷射状呕吐，狂躁不安，呼吸快慢深浅不一，两侧瞳孔不等，血压偏高，这是脑膜炎引起脑水肿所致。必须分秒必争抢救，否则短时间病人便有生命危险。

本病须与结核性脑膜炎区别。结核性脑膜炎一般发病缓慢，病人长期发热、消瘦，有的还有其他部位结核病的病状。

预防

1．开展卫生宣传，把防治知识交给群众。

2．早发现，早治疗，因地制宜地早隔离病人，是控制流行的重要环节。

3．密切接触者可服预防药：（1）磺胺噻唑，成人1.0克，6～12岁0.5克，6岁以下0.25克，婴儿再酌减，一日3次，连用3日。（2）3%呋喃西林含漱，1～2%黄连滴鼻，每日1次，连用3日。（3）贯众5钱、板蓝根3钱，煎湯代茶饮。（4）紫金锭（成药）1钱、大青叶5钱，煎湯送下。

4．流行期间多吃大蒜。

5．预防流脑的菌苗已试制成功，可以接种。

治疗 流脑变化急剧，我们必须做到不怕疲劳、连续作战，积极抢救病人。

1．如病人意识清，呼吸、血压均正常，可以就地治疗。

（1）磺胺嘧啶，小儿200毫克/公斤/日，成人8克/日，首次用总量的1/3肌注、静滴或口服。余量分3次，每6小时1次。病情好转后，改为小儿150毫克/公斤/日，成人6克/日，分4次口服，加等量小苏打，并大量饮水。如呕吐，不能进食，可静滴10%葡萄糖。发现血尿，立即停药。

（2）氯霉素，用于磺胺嘧啶出现副作用，或有肾病禁用时。氯霉素小儿用量50～80毫克/公斤/日，成人1.5～2克/日，分4次口服、肌注或静滴，疗程不宜超过7日。

（3）青霉素，用于磺胺嘧啶治疗无效或婴幼儿病人。成人首次40～80万单位，后每6小时40万单位，肌注。小儿每日每公斤体重5～10万单位，分4次肌注。

2．严重病人处理：

（1）抗休克：25～50%葡萄糖80～100毫升静注，或10%葡萄糖500～1000毫升静滴。血压低、脉搏微弱或消失者，静滴新福林、去甲肾上腺素等升压药，并肌注阿托品1～1.5毫克（小儿酌减）。呼吸微弱者肌注可拉明、洛贝林等。

（2）抗惊厥：肌注苯巴比妥钠，或用水合氯醛灌肠（见293页小儿惊厥项）。

（3）抗脑水肿：10%尿素50毫升或25%山梨醇250毫升（小儿酌减）静滴。

（4）用新针疗法治疗高热（取曲池、大椎）、惊厥（取人中、涌

泉）、头痛（取合谷、百会、风池）等。

（5）抢救同时，急送医院救治。

流行性乙型脑炎（乙脑）

乙脑是带有乙脑病毒的蚊子叮咬皮肤引起的急性传染病。一般发生于7、8、9月，各地气温不同，发病月份略有差别。

病状 发病急。突发高热，剧烈头痛，呕吐。1～2日后病情加剧，意识不清，抽风，昏迷，肢体瘫痪，尿潴留等。查体可见划足底反射等脑膜刺激症状。約经1周左右，热退，病情逐渐好转。但严重的病人可持续高热，反复惊厥，四肢冰冷，出大汗，脉细弱，唇青紫，呼吸不规则等。一旦出现瞳孔不等大，对光反应迟钝，表示危及生命。一部分病人，急性期过后可出现失语、肢体瘫痪、智力减退或运动障碍等后遗症。

预防

1、发动群众灭蚊、防蚊。

2．流行季节前1～2月注射乙脑疫苗。

3．早发现、早隔离、早治疗病人，杜绝传染源。

4．流行期间内服中药预防：板蓝根、野菊花各1两，水煎服，每日1次，每周3次。

治疗

1．高热处理：（1）针刺曲池、大椎穴，或用安乃近0.5毫升双侧曲池作穴位注射。（2）冷湿敷头部或全身。（3）安乃近肌注或滴鼻（对幼儿）。也可用其他解热药。

2．惊厥处理：（1）降热。（2）针刺人中、涌泉、内关等。（3）防止舌咬伤，用筷子外包纱布或手帕垫住磨牙。（4）肌注苯巴比妥钠、阿米妥钠等，或用水合氯醛等灌肠。

3．昏迷处理：（1）防止舌下落堵塞呼吸道，清除气管内痰液。（2）禁饮食。

4．呼吸衰竭处理：针刺人中、十宣等；肌注可拉明等。

5．本病病情急剧，如当地治疗条件有限，应迅速护送到医院继续治疗。

6．轻症病人如就地治疗，宜以中药为主，辅以其他药物。

（1）初起发热、头痛、呕吐，可用藿香正气丸配银翘解毒丸（片）各1丸，1日3次。或用大青叶1两、板蓝根5钱、淡豆豉［音齿，chǐ］3钱、藿香3钱，水煎服，每日2次。

（2）高热、惊厥、意识不清，可用牛黄清心丸（有牛黄安宫丸更好），配至宝丹、抱龙丸，或用石膏2两、知母3钱、钩藤3钱（后下）、牛角2钱，水煎服，一日2次。

（3）恢复期可用芦根1两，生地、麦冬各3钱，水煎服，一日2次。

（4）适当补液，每日5～10%葡萄糖1000～1500毫升，内加氢化可的松100～200毫克。

（5）10%尿素50～60毫升或25%山梨醇250毫升静滴，减轻脑水肿。

（6）肌注青霉素40万单位，一日2次，预防感染。

結 核 病

结核病是和社会制度有直接关系的一种慢性传染病，剥削制度是结核病发生的社会基础，结核病是资本主义国家的产物。资本主义、帝国主义国家的劳动人民受着残酷的剥削压迫，尤其是深受反动的种族歧视迫害的美国黑人死于结核病的要高出白人六倍，而白人病死于结核病的也都是那些生活贫困的劳动人民。国民党统治下的旧中国广大劳动人民身受三座大山的压迫，结核病十分严重，病死于结核病者难以计其数。

我国解放以后，在伟大领袖毛主席和共产党的领导下，劳动人民翻身作了主人，生活水平日益提高。在伟大领袖毛主席的亲切关怀下，大力开展结核病的防治工作，建立了全国性的防痨机构，开展防痨普查，普遍接种卡介苗，积极治疗各种结核病，使结核病的发病率和死亡率大幅度降低。但是，叛徒、内奸、工贼刘少奇推行反革命修正主义医疗卫生路线，曾一度严重地影响了防治结核病工作的开展。今天，经过无产阶级文化大革命，打倒了刘少奇，我们要认真贯彻毛主席“**把医疗卫生工作的重点放到农村去**”的伟大教导，更好地在农

村开展结核病的防治工作，为“抓革命、促生产、促工作、促战备”贡献自己的力量。

结核病是结核杆菌引起的一种慢性传染病，俗称“痨病”。主要经呼吸道传染。也可由污染结核杆菌的食物、食具或患结核病父、母嚼食物喂小孩而经消化道传染。人吸入或吃进结核杆菌后是否得结核病，与人体的健康状况有密切关系。健壮、抗病能力强的人，虽有结核病菌侵入，并不一定发病；相反，衰弱、营养不良和有慢性病的人，就容易患结核病。

结核病是一种全身性疾病，但有主要病变部位，以肺结核最常见，其次是淋巴结结核。如果治疗不及时或人体抵抗力低，结核杆菌可随血液及淋巴蔓延至胸膜、腹膜、脑膜、肾、骨等处，引起那些部位的结核病。

病状 结核病一般有全身中毒症状：疲乏无力，食欲减退，午后低热（严重结核可以高热），夜间盗汗，两颊潮红，贫血，消瘦等。女性重症结核可有月经紊乱或闭经。主要病变部位不同，就出现不同病状。

1．肺结核（肺痨）

早期干咳或少量粘液痰，痰中可混有血丝；随病情进展，痰量增多，变为脓性，带有恶臭。常有胸痛，也可突然出现呼吸困难（气胸）。有时可发生大咯血。

查体：成人肺结核多发生于肺上部，早期无明显体征，病变范围较大时，可叩出浊音，听诊呼吸音减弱，有湿罗音，语颤增强（由肺实变所致）。舌尖边红或绛红，苔薄或无苔，脉多细或细数。

小儿初次感染结核病，仅有微热、易出汗、食欲减退、消瘦等表现，症状长期不消失，查体多无明显体征。必要时应送医院进一步诊断。

2．结核性胸膜炎

发病较急，有发热、干咳、胸痛等，咳嗽时胸痛加重。胸腔内如有大量积液（胸膜发炎时渗出增加），可引起呼吸困难。

查体：可听到胸膜摩擦音。胸膜腔积液多时，病侧叩诊呈浊音或实音，呼吸音减弱，语颤减弱或消失。心脏和气管被推向健侧。

3．结核性腹膜炎、肠结核

除有结核病的全身症状外，还有恶心、呕吐、腹胀、腹痛、腹泻或便秘（有时腹泻、便秘交替）等症状。

查体：腹部膨隆，有压痛、反跳痛，按压腹壁有揉面样感觉，有时可触到包块。出现腹水时可叩出移动性浊音。有时可有肠梗阻病状。

4．结核性脑膜炎

小儿、青年多见。主要出现脑膜刺激症状，如剧烈头痛、呕吐。晚期出现意识不清、昏迷、惊厥等。

查体：颈部强直，屈髋直腿试验阳性。

5．颈淋巴结结核（瘰疬[音累历，lěilì]、鼠疮）

多见于青年人。结核病的全身症状不明显。颈部可触到多数淋巴结。起初能移动，无痛；逐渐互相粘连，呈不规则的包块。晚期可形成寒性脓肿，如破溃，可形成不易愈合的结核瘘道和溃疡。

6．骨关节结核

人体任何部位的骨、关节均可发生结核，以脊椎结核和膝、髋关节结核多见。患病部位红热不明显，但劳动或负重时发生疼痛，活动受限。脊椎结核脊柱病变处有压痛或叩击痛，严重时出现脊椎后凸变形，下腹有脓肿，下肢瘫痪等。关节结核关节病变呈现肿胀、肌肉萎缩、关节僵硬等。

防治

1．必须认真贯彻“预防为主”的方针。使广大群众都认识防痨的重要意义和了解防痨常识，养成不随地吐痰的习惯。

2．推广在小儿中间进行卡介苗接种。

3．在治疗上应首先扭转对结核病的不正确看法，消除悲观消极情绪，正确对待慢性病，用革命乐观主义和坚强意志战胜疾病。再适当配合休息、营养和治疗。轻症病人可参加较轻的体力劳动，适当增加休息时间。重症病人及有严重咯血时，应安静卧床休息，保持室内空气新鲜。适当增加营养。

4．抗结核药物治疗：

（1）异烟肼，成人每次0.1克，每日3次服。小儿按每日每公斤

10～15毫克，分3次口服。疗程1年左右。每用2个月可间歇2周。重症结核和结核性脑膜炎可适当加量或者用注射剂。

（2）链霉素，成人每日肌注1克，待结核全身症状消失后，改为隔日1克或1周注射2克。每日在肺俞穴注射0.2克链霉素可收到一定疗效。小儿每日每公斤20～40毫克，分2次肌注。疗程2～3个月，重症应延长。用药过程中，病人如出现头晕、耳鸣时应停药。

（3）对氨水杨酸钠，成人每日6～12克，小儿每日每公斤0.3克，分3次，饭后服，以避免药物刺激胃肠。疗程为6个月左右。

一般多两种抗结核药物同时应用，如异烟肼与链霉素合用，或与对氨水杨酸钠合用。抗结核药物的治疗要坚持较长时间，开始1～2个月内用药多些，以后可适当减少，以免中毒。为了避免抗结核药物的副作用，可併用維生素乙$_6$、維生素甲、丁丸。

5．对症治疗：

（1）低热与盗汗：针刺曲池、足三里、三阴交、大椎。用弱刺激手法。或地骨皮3钱、浮小麦1两、大枣5个，水煎服。

（2）咯血、呼吸困难参照282、277页处理。

（3）结核性胸膜炎，胸水过多引起呼吸困难时，可在严密消毒下穿刺排液。穿刺点在腋后线第8～9肋间。0.5～1%普鲁卡因10毫升麻醉。用一粗针头，连接6～8厘米输液胶管。先将止血钳夹住胶管（以防空气进入胸膜腔）。针头进入胸腔后，再用注射器接胶管抽液。抽液300～500毫升，病人呼吸即可好转。胸水不多，不应穿刺排液，应等待炎症消退。

6．颈淋巴结结核治疗：

（1）挑治：在背部两肩胛下角以上，脊柱两旁，找到小米粒大、略高于皮肤、指压不退色的红色疹，进行挑治。挑治点应在病侧的对方，如右侧颈部患病，应在脊柱左侧挑；两侧患病，则两侧挑。具体操作方法和挑痔方法相同（见258页）。

（2）针刺：肺俞、合谷，再加淋巴结局部刺透，每1～2日1次，共3～7次。注意：肺结核有明显症状或淋巴结已有波动者，不可用此法。

（3）结核瘘不收口，可用百部、黄柏粉末或鲜蒲公英适量洗淨捣

烂敷患处。

7．简易方剂：

（1）百部5钱、黄芩4钱、杏仁3钱、地骨皮4钱，水煎，一日1剂，治虚热咳嗽。

（2）百合1两、白芨3钱、天冬3钱、侧柏叶4钱，一日1剂，治咯痰有血丝。

（3）天冬、麦冬、百部、贝母各3钱，桔梗1钱，一日1剂，治结核咯痰。

第三节　常见寄生虫病

蛔虫病

蛔虫一般寄生在人体小肠内，虫卵随粪便排出体外，人吃了被虫卵污染的食物或没有洗净的生菜、瓜果等，就可能得病。

病状　有蛔虫寄生并不一定发生症状。一部分病人，可发生腹痛，常反复发作，部位多在脐周围及上腹部，阵发性。消瘦的病人痛时可在腹部摸到条索状肠管或包块。有的病人食欲不振，大便稀或干燥。小儿可夜惊、磨牙，个别人喜吃生米、泥块等，叫做异嗜症。检查可发现唇内有白泡或白点，巩膜有蓝斑。多数病人有吐虫或便虫史。

蛔虫可从小肠逆行，钻进胆道引起胆道蛔虫症；或者在肠内聚结成团，阻塞肠管，引起肠梗阻（见244、246页）。

预防

1．推广泥封堆肥法，杀灭虫卵。教育儿童不随地大便。

2．保护水源，提倡喝开水。生吃的蔬菜、瓜果要充分洗净。

3．吃东西前洗手，指甲及时剪修。

4．及时治疗病人，防止併发症。

治疗　以驱虫为主，如果身体不好可适当改善营养后再驱虫。

1．驱虫：

（1）使君子每岁1粒，最多不超过20粒，分2次服，连续3日。

（2）苦楝根皮1～2两，煎汁，每日早晨空腹服1次，连服2日，

（3）驱蛔灵（哌嗪嗪）：成人每次3～4克，睡前及次晨空腹各

服1次。儿童150毫克/公斤/日，一日量不超过3克，分2次服。

(4) 山道年：成人用60毫克，早晨空腹先服30毫克，2小时后再服同量，2小时后服硫酸镁20～25克或芒硝2～3钱（导泻），大量喝水。儿童每岁5毫克，最大量不超过60毫克，用法与成人同。山道年有一定毒性，不宜连续用。有肝病病人不宜用。服药期间不进油脂类食物及酒类。

(5) 用一条胃管（或长输液管）插入空腹的胃内，注入空气1000～1500毫升。尽量不使病人打呃、嗳气。1小时后服泻药，饮多量水。

2. 对症处理：

(1) 腹痛时，针刺足三里、天枢、气海等，或针耳穴交感加肠区。也可热敷腹部。

(2) 消化不良或吐蛔虫时，用山楂1两、槟榔5钱或加乌梅5个，水煎服。

蛲虫病

蛲虫病多见于儿童。蛲虫长不过1厘米，粗看象一条短的白线头，通常寄生在结肠。成虫常于夜间爬到肛门部产卵，引起奇痒。儿童常用手指搔痒，指头沾染了虫卵，这样又将虫卵吃进口内再次感染。

病状　主要的病状是晚间肛门周围奇痒。搔痒可引起肛门部湿疹或感染。痒时检查肛门，可发现白色成虫。

预防　蛲虫生活不过一个月，因此只要预防再感染，便能被控制住。提倡饭前洗手，剪短指甲，教育儿童不要吸吮手指。家庭里发现蛲虫病，应经常烫洗衬裤。

治疗

1. 用食醋加水3倍，约50～60毫升，或同量1:5000高锰酸钾水，直肠内注入。连续3～5日。

2. 晚上睡觉前凡士林涂肛门，次晨擦去。

3. 百部或鹤虱5克研细粉，调凡士林25克，每晚涂肛门一次。

4. 紫药水每晚涂肛门一次。

絛 虫 病

絛〔音滔，tāo〕虫，又称寸白虫，粗看很象一条长的宽面条，细看是由许多体节连接而成，头小，颈节细，体节较宽。

成虫寄生在人体小肠内。常见的是猪肉絛虫和牛肉絛虫。传染的经过：人体肠内的絛虫体节含有虫卵。体节和虫卵随粪便排出体外，被猪或牛吃入，虫卵在猪、牛体内发育成幼虫，使猪、牛发生囊虫病。病猪就是俗称的“痘猪”。人吃了不熟的含有囊虫的猪肉、牛肉，囊虫就在肠内发育成絛虫（成虫）。人吃入虫卵，也可以得囊虫病。

病状 大多数絛虫病病人无明显病状，时有腹部不适、腹痛，消化不良等，但可发现大便中有絛虫体节。如果发生囊虫病，皮下可出现囊虫结节，大小如黄豆，有弹性和移动性；囊虫如发生在脑（脑囊

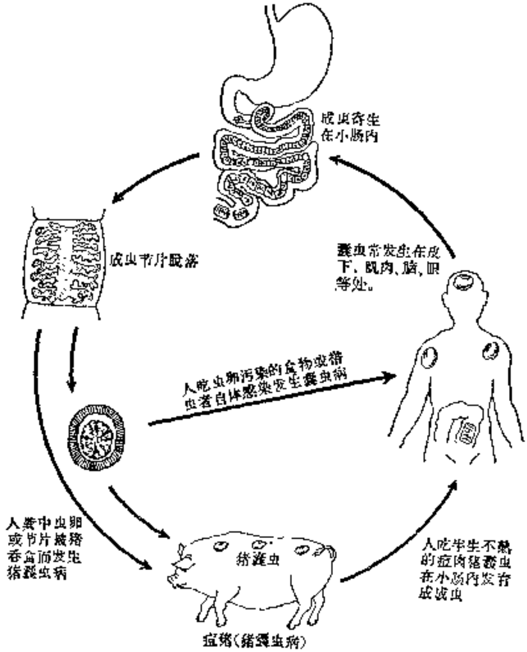


图 8-1　絛虫的感染途径及囊虫病

虫病），可有癫痫发作。

预防

1．肉类要煮熟透后食用。

2．加强粪便管理，防止污染饲料而感染猪或牛。

3．加强屠宰工作的管理，不准出售含囊虫的猪肉、牛肉。

4．彻底治疗絛虫病病人。强调个人卫生，便后洗手，预防发生囊虫病。

治疗

1．槟榔与南瓜子合併治疗，用槟榔2～4两，南瓜子仁2～4两，先将南瓜子仁捣碎服下，2小时后再服槟榔煎剂（槟榔切片加水1斤，文火煎1小时，去渣，取药液），2小时后可能腹泻排虫。如无腹泻，可服硫酸镁20克。小儿用量减半。

2．生雷丸4钱、炒二丑4钱、大黄3钱，研末，成人5分，儿童酌减。服药前5分钟先喝小苏打白糖水。

3．阿的平和槟榔煎剂合併治疗：早晨空腹服阿的平0.8克，2小时后服槟榔煎剂（用量及煎法同上），小儿不用此法。

注意：服药后见有虫体部分排出时，可用温水坐浴，等待全部虫体慢慢排出。不要用手去拉。检查粪便中的虫体，如果头节未排出，两周后可再次驱虫。

4．囊虫病的治疗：内金1两、槟榔片1两、瓦楞子5钱、使君子1两、桃仁3钱、红花3钱、穿山甲3钱，雷丸1两，共为细末，每次1钱，可连续服用。也可用鸡肉末1斤、雷丸末1斤、全蝎4钱，焙干，分为100包，每次1包，一天3次。

鈎 虫 病

钩虫寄生于小肠。钩虫从肠壁吸血及造成慢性出血，可引起贫血和浮肿，因此俗称“黄胖病”。传染经过是：钩虫卵随粪便排出体外，在温湿的环境下发育成幼虫。当人赤脚下田时，幼虫能钻入皮肤，随血流转到肠内发育为成虫，引起钩虫病。

病状　幼虫钻入皮肤，引起红肿、奇痒，有时起丘疹或疱疹，俗称“触粪块”。搔破后，可继发感染、化脓。幼虫在体内随血流运行，

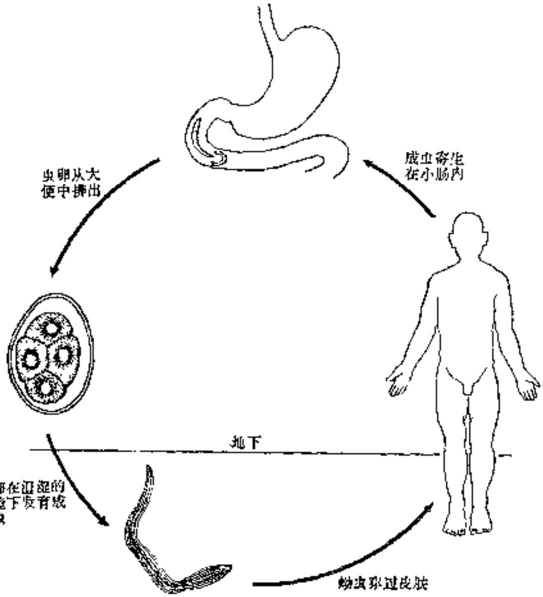


图 8-2　钩虫的感染途径

经过肺组织时，可引起咳嗽、少量咯血或哮喘。有些病人可发生荨麻疹；或有异嗜症：喜吃泥土、树皮、虫子等。还可有上腹部不适、腹胀、脐周痛等。

贫血是本病的主要病状。病人面色苍黄，无力，易疲乏，头晕、眼花，皮肤干燥，或有浮肿。妇女月经少或闭经。可有心跳加快，心跳气短，心脏扩大，心尖部可听到收缩期杂音。

预防

1．搞好粪便管理，推广泥封堆肥法，消灭虫卵。

2．大搞卫生宣传，不随地大便。

3．在流行区进行普查，发现病人及时治疗。田间劳动最好穿鞋。

治疗　以驱虫为主，同时治疗贫血，可根据条件和可能适当多吃有营养的食物，改善营养不良状态。严重贫血病人应先改善贫血再驱虫。

1．驱虫：

（1）灭虫宁（酚乙胺），成人早晨空腹服2.5克，小儿用量为0.3克/岁，连服2日。或于睡前一次顿服，成人3～4克。心脏病病人慎用。

（2）榧子、槟榔、红藤各1两，贯众5钱，浓煎，每日早晚饭前各服1次，每次随药吃生蒜2～3瓣，共服2日。小儿用量减半。

（3）四氯乙烯，成人2.5～3.0毫升，装入胶囊吞服，于晨起空腹一次服。必要时2小时后再服泻药。如合併严重蛔虫感染，应先驱蛔虫。心脏病，肝、肾病，结核病人以及孕妇禁用此药。

2．针刺疗法：百虫窝（泻）、肝俞、脾俞、足三里（均补）、大肠俞、小肠俞（泻）。

3．治疗钩虫幼虫所引起的皮疹：将患皮疹的脚或手放在50℃左右的热水中，浸2秒钟取出，接着再浸2秒钟，如此反复进行25分钟，可止痒。

瘧　疾

瘧疾的病原体是瘧原虫，通过蚊子传播，因此易在夏秋季流行。本病以周期性的寒战、高热、出汗发作为主症。因瘧原虫种类不同，瘧疾发作的周期也不同，可分间日瘧、三日瘧和恶性瘧等，间日瘧占多数。

病状　起病多急骤。典型的发作过程是先发冷、寒战，接着发高热，头痛，后来出大汗而热退，病人疲倦而睡，前后約4～6小时。间日瘧約间隔48小时发作一次；三日瘧約72小时发作一次。间歇期间无明显症状。但恶性瘧发作不规则，症状重，如高热不退，说胡话，昏迷，惊厥等，有的尿色暗红或黑红。

瘧疾反复发作后，脾脏肿大，并出现贫血与黄疸等症状。

预防

1．大搞爱国卫生运动，灭蚊、防蚊。

2．预防性治疗：流行季节每2周服乙氨嘧啶一次，15岁以上8片（每片6.25毫克），11～15岁6片，6～10岁4片。

3．彻底治疗病人。

治疗

1．抗疟药物：

（1）发作期治疗：同时服用氯化喹啉（简称氯喹）和伯氨喹啉（简称伯喹），每月1次，用量见下表。

时间 剂量 年龄	第一天		第二天		第三天		第四天
	氯喹（片）	伯喹（片）	氯喹（片）	伯喹（片）	氯喹（片）	伯喹（片）	伯喹（片）
2岁以下	1/2	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	1/2
3～5岁	1	1	1/2	1	1/2	1	1
6～10岁	2	2	1	2	1	2	2
11～15岁	3	3	$1\frac{1}{2}$	3	$1\frac{1}{2}$	3	3
16岁以上	4	4	2	4	2	4	4

（2）休止期治疗：为根绝传染源，对2年内曾患过疟疾的人最好于10月至次年2月期间再用药一疗程，作为休止期治疗。同时服用乙氨嘧啶和伯喹，每日1次，连服4天。1岁以内忌服乙氨嘧啶，改服环氯胍，每次半片。

时间 剂量 年龄	第一天		第二天		第三天	第四天
	乙氨嘧啶（片）	伯喹（片）	乙氨嘧啶（片）	伯喹（片）	伯喹（片）	伯喹（片）
2岁以下	1	1/2	1	1/2	1/2	1/2
3～5岁	2	1	2	1	1	1
6～10岁	4	2	4	2	2	2
11～15岁	6	3	6	3	3	3
16岁以上	8	4	8	4	4	4

2．中草药治疗：

（1）常山4钱、草果2钱，共研细末，早晚各服1次，每次1钱，温开水送下。

（2）常山2钱、乌梅肉4个，共研细末，分2次，发病日早服1次，发病前1小时吃1次。

3．新医疗法：取穴大椎、间使、至阳。发作前1～2小时施针，强刺激。高热时排刺曲池；效果不满意时，加刺合谷、陶道（第一、二胸椎棘突之间。稍向上斜刺1～1.5寸）。

4．严重病人的治疗：

（1）高热昏迷者，给硫酸奎宁0.3克，深部肌肉注射，每6小时1次。孕妇及尿黑者忌用。

（2）及时抢救休克病人（见279页）。

第九章　常见内外科疾病

感　　冒

感冒，俗称伤风，笼统地也可称为上呼吸道感染或上感。四季均能发生，冬春季最常见。本病由病毒引起，经呼吸道传染。当天气骤变，人体不慎着凉，抵抗力降低时，受到病毒的侵袭，就可发病。

病状　有鼻塞、流清涕、喷嚏、怕冷，以及发烧、头痛、咽痛、咳嗽、全身不适酸软等。小儿更可出现呕吐、腹泻。发烧一般不太高。查体除咽部充血发红外，胸腹部等多无异常发现。一般三、五天就能恢复健康。

祖国医学将感冒分为两类：

1．**风寒感冒**　病人怕冷重发热轻，无汗，舌苔薄白，脉浮紧；

2．**风热感冒**　病人怕冷轻发热重，有汗，舌红苔薄黄，脉浮数。两者治疗有所不同。

感冒极为常见，人们认为是"小病"，往往不予重视。然而有些疾病（如咳喘病）多半就是在感冒的基础上发展起来的。另外，还有一些传染病（如麻疹、流脑等）早期和感冒很相似，易被误诊。因此，应该加强对感冒的防治工作；当遇到感冒发热不退、病程延长或相继出现其他病状的情况，就要警惕是否有其他疾病。

防治

1．冬春季气温变化大，应注意避免着凉。

2．平时坚持冷水擦澡或冷水洗脸，增强身体抵抗力。

3．发病后多喝开水，保暖，喝生姜红糖汤。针刺合谷、风池、大椎；高热加曲池，前额痛加印堂，两侧头痛加太阳，咽痛、咳嗽加天突或列缺，痰多加丰隆，鼻塞加迎香。手法根据病人体质强弱，用中、强度刺激，每日1～2次。

4．风寒感冒：口服复方阿司匹林（APC）、索密痛等解热镇痛药或中成药九味羌活丸、川芎[音匈，xiōng]茶调饮；或用苏叶1钱、防

风2钱、杏仁3钱、甘草1钱水煎服，日1剂。

风热感冒，口服银翘解毒丸、桑菊感冒片，或用桑叶1钱、薄荷2钱、荆芥3钱、芦根1两水煎服，日1剂。

5. 鼻塞可滴鼻眼净或1%麻黄素滴鼻液；咽干痛可用盐水漱口或含碘喉片、杜灭芬喉片；咳嗽有痰可服止咳合剂。

6. 一般不必用磺胺或抗菌素。如继发上呼吸道细菌感染或其他病（如扁桃体炎高热等），可考虑应用。

急性支气管炎

急性支气管炎是细菌或病毒感染而引起，常常由感冒发展而来。

病状 病初常是一般感冒症状，疲倦、头痛、发热。逐渐咳嗽，越咳越重，并伴有咽喉干痛、嗓哑、胸骨后疼痛。初期咯白色粘痰，量少，以后转为脓性痰。小儿咳嗽剧烈可引起呕吐。查体肺部早期可无明显体征，有时可听到呼吸音粗糙或干罗音，较重时肺底部可听到散在湿罗音。病人舌苔薄白，脉滑或数。

防治

1. 预防同感冒。吸烟者应戒烟。

2. 发热、咳嗽剧烈的病人可适当休息，多喝开水，保暖。

3. 急性支气管炎的症状相当于祖国医学的肺热咳嗽，治应宣肺化痰，用二母宁嗽丸或橘红丸，每次1丸，日2次。也可用薄荷1.5钱、桑叶3钱、贝母2钱、枇杷叶4钱，水煎服。

4. 咳嗽剧烈时可口服咳必清25毫克，日3次。也可用白胡椒7粒、栀子2钱、桃仁2钱、杏仁1钱、江米7粒，共为细末，鸡蛋清调，睡时敷脚心。同时用新针疗法（见咳喘病治疗）。

5. 高热、脓痰，可给予磺胺或抗菌素。

咳 喘 病

（慢性支气管炎，哮喘性支气管炎，支气管哮喘，肺气肿，慢性肺原性心脏病）

咳嗽和气喘是支气管、肺和心脏疾病的一项常见的共同症状。这

里提出的"咳喘病"一词，就是指常见的支气管慢性炎症为主的一些疾病。我国北方寒冷季节较长，贫下中农患咳喘病的很多，由于患这类病，影响参加生产劳动，甚至有的病人每至冬季就不能出门，长期病卧炕上。

对于这样的农村常见病，过去"城市老爷卫生部"不但不予重视、不去解决，相反，却把大量的人力、物力放在研究"高、难、深"所谓尖端的少见病上，使得咳喘病人不但普遍存在，而且许多病人因得不到及时、合理治疗而逐渐加重，甚至丧失了劳动能力，这就是刘少奇反革命修正主义卫生路线的罪证之一。无产阶级文化大革命以来，毛主席的无产阶级革命卫生路线得到全面贯彻。在咳喘病的防治工作上出现了崭新的面貌，取得了很大的成绩。我们"赤脚医生"要很好地学习、掌握有关"咳喘病"的防治知识，把咳喘病的防治和研究工作更加广泛、深入的开展起来。

病状

毛主席指出："**对于物质的每一种运动形式，必须注意它和其他各种运动形式的共同点。但是，尤其重要的，成为我们认识事物的基础的东西，则是必须注意它的特殊点，就是说，注意它和其他运动形式的质的区别。**"

咳喘病的共同病状是咳嗽、气喘。但在不同的疾病，咳嗽、气喘的发作又不尽相同。为了准确诊断、有效防治，必须注意每一种病的病状特点。

1. **慢性支气管炎和哮喘性支气管炎** 多为感冒、急性支气管炎未得及时治疗，逐渐发展而成。主要症状是咳嗽、咯痰，冬季加重。轻时咯白色粘液泡沫痰，重时咯黄痰（脓痰）并发烧。查体两肺可听到干、湿性罗音，罗音的位置可随咳嗽、咯痰而改变或消失。舌苔多薄白，脉多沉滑。在祖国医学多属"痰饮咳嗽"。

有的病人除咳嗽、咯痰外，并伴有不同程度的哮喘发作，呈发作性呼气性呼吸困难。查体两肺除有罗音外，并可听到哮鸣音。这就是哮喘性支气管炎。

2. **支气管哮喘** 是人体对某些物质（如某些药物、皮毛、花粉、灰尘、化学气体、虾、蟹等）过敏引起的过敏反应。发作突然。发作

前病人多有预感，如鼻痒、全身不适等。发作时病人多取坐位，边咳边喘，呈呼气性呼吸困难，吐白色泡沫痰。重者可满头大汗、口唇青紫。发作短仅数分钟，长可达数小时或数日。查体肺部听诊有明显哮鸣音，常有干、湿罗音。长期反复发作可发生支气管慢性炎症和出现肺气肿。

3．**肺气肿** 慢性支气管炎长期不愈，常年咳嗽，使肺泡弹性减低并逐渐扩大，形成肺气肿。病人有程度不等的气短和呼吸困难，劳累后加重。查体胸廓呈桶状，肺部叩诊呈鼓音，心浊音界缩小或消失，肺肝界下移，呼吸音减弱，并可有杵[音楚，chǔ]状指。

4．**肺原性心脏病(肺心症)** 肺气肿晚期可因肺动脉压增高，右心室负担加重，形成肺心症。此时除有慢性支气管炎和肺气肿的病状外，病人还有心慌、气短、呼吸困难、发绀等。查体可见口唇青紫、呼吸迫促、心脏扩大、颈静脉怒张、肝肿大和下肢浮肿等右心衰竭症状。病人舌苔薄白、脉沉弱或细弱，多属内伤咳嗽併发虚喘。

上述的是咳喘病的病状特点，尚需同其它咳嗽、气喘的疾病相区别：

1．小儿咳喘可能是麻疹和百日咳等病的早期表现，应当注意病情的发展。

2．慢性支气管炎应当与肺结核鉴别。

3．支气管哮喘和哮喘性支气管炎，应当与心脏性哮喘区别。

4．肺心症要和克山病区别。

通过详细的问诊，了解发病的全过程，结合心、肺和其他方面的检查，就可以作出比较准确的诊断。

防治

1．大力开展爱国卫生运动，增强机体抵抗力。因地制宜的做好“三防”工作：

(1) 防寒：劳动时出汗、睡眠，注意避免风寒侵袭。天冷前要做好个人和住屋的防寒准备。

(2) 防烟：忌烟、少吸烟；炉灶不好、炕洞漏烟应及时修理。

(3) 防感染：积极预防治疗感冒和急性支气管炎，防止转变成慢性炎症。

2. 对咳喘病必须进行辨证施治。

毛主席教导我们：**“不能把过程中所有的矛盾平均看待，必须把它们区别为主要的和次要的两类，着重于捉住主要的矛盾，……。”**

咳喘病在不同病人或同一病人的不同时期，情况往往是有区别的，有的以支气管炎症为主，有的以支气管痉挛（哮喘）为主，有的以急性感染为主，有的以肺换气功能不良（肺气肿）为主等等。

因此，必须从病人的具体情况出发，分析主要矛盾和次要矛盾，采取辨证施治的方法。不应当不研究病情而简单地用药物去镇咳止喘，那样往往不能治好咳喘病，甚至还会因延误治疗，使病情继续发展。

(1) 慢性咳嗽，痰粘稠不易咳出时，应祛痰（使粘稠痰变稀易咯出）、镇咳。

① 穴位疗法：针刺喘息、天突、膻中、足三里。穴位注射可用卤碱1% 1毫升、非那根2.5% 0.2毫升等。耳针取穴肺、平喘、气管。

② 口服川贝精片，每次4～6片，一日2～3次；复方桔梗片，每次3片，一日2次；远志糖浆，每次2～8毫升，一日3次。鲜暴马子树皮煎水喝也有效。

③ 氯化铵，每次0.3克，一日3次，饭后服。

(2) 咯白色粘液泡沫样痰，冬季加重，舌质淡，苔白滑而腻，治宜温肺化痰，可用麻黄2钱、杏仁3钱、半夏3钱、旋复花3钱、甘草2钱，水煎服。也可服气管炎丸，每次30粒，一日2次。

(3) 咳喘伴有脓痰和发热，应在控制感染的基础上祛痰、镇咳、平喘。

① 控制感染，选用长效磺胺、土霉素、四環素或青霉素。或行淋巴结疗法。

② 咯黄痰、胸闷、出气不畅，伴有哮喘、发热，苔薄黄，脉滑数，治宜清肺定喘止咳化痰，可用桑白皮4錢、黄芩3錢、贝母3錢、枇杷叶3錢，水煎，大萝卜汁1两冲服，气喘加白果。也可用麻杏止咳糖浆，每次10毫升，一日2次；二母宁嗽丸，每次1丸，一日2次。或暴马子树皮3錢、狗奶子根3錢，水煎服。

③ 止喘，氨茶硷 0.1 克和非那根 25 毫克同服，一日 3 次。

④ 全身酸痛、头痛，可用针刺或服解热镇痛剂。

(4) 长期咳喘，以喘为主，治疗以平喘、消炎、止咳为主。

① 割治掌部鱼腹穴或膻中、玉堂、紫宫等穴。每周一个穴位。在局麻下，切开皮肤 0.5～1 厘米。以血管钳取出皮下组织、肌膜等少许（膻中穴处可取少许骨膜），然后包扎（注意消毒）。

② 穴位结扎、埋线，选用膻中、喘息、肺俞、天突等穴。

③ 口服定喘丸，每次 2 丸，一日 2 次，开水送下。或蚯蚓洗净、晒干研末，每次 1 錢，一日 2 次，开水送下。或乌贼骨粉，每次 3 錢，一日 2 次，大萝卜汁送服。

④ 哮喘较重，痰稀呈泡沫状，舌苔薄白，治宜温肺定喘，可用麻黄 2 錢、细辛 1 錢、半夏 3 錢、五味子 3 錢、干姜 1 錢、白果仁 4 錢，水煎服。若痰黄稠如胶，舌苔薄黄而腻，治宜清肺平喘，可用桑白皮 4 錢、黄芩 3 錢、石膏 5 錢、麻黄 2 錢、杏仁 3 錢、甘草 1 錢，水煎服。

⑤ 对长期严重哮喘病人可用 0.1% 肾上腺素 0.3～0.5 毫升肌注，2.5% 氨茶硷 10 毫升加葡萄糖液 20 毫升中缓慢静注。口服强的松每次 2.5～10 毫克，一日 3～4 次。

(5) 肺气肿病人咳嗽气喘，呼吸困难，劳累后加重，自汗、怕风、舌苔淡白，可用杏仁 3 錢、五味子 3 錢、冬花 3 錢、远志 3 錢、白果仁 4 钱，水煎服。

(6) 肺心症发生心力衰竭时的处理：

① 控制感染，肺部感染是促使肺心症恶化的一个主要原因，可用青霉素、链霉素等抗菌素，使用磺胺类药物应慎重。

② 咳喘、心悸气短、呼吸困难、口唇青紫、小便不利、下肢浮肿、舌淡白少苔，可用人参 3 钱、附子 2 钱、茯苓 4 钱、五味子 3 钱、胡桃肉 4 钱，水煎服。或用万年青 5 钱，水煎加红糖调服。或用冰凉花（福寿草）1 钱水浸煎服。或用玉米鬚 1 两，水煎服。

③ 吃少盐饮食，少饮水，使用利尿药及强心药等，详见后面心力衰竭治疗。

④ 对于发生严重呼吸困难甚至昏迷的病人，应肌注或静滴可拉

明等呼吸兴奋药。在情况许可下，急送医院抢救。

肺　炎

肺炎是人体抵抗力减低时，受肺炎球菌或病毒侵袭而发生的呼吸系统常见病。多发生在冬春。病变侵犯肺大叶的叫大叶性肺炎，侵犯小叶的叫小叶性肺炎或支气管肺炎。前者年青人多发，后者多见于小儿和年老体弱者。

病状

1. **大叶性肺炎**　突然寒战，高热不退，胸痛，咳嗽。3～4日后咯出铁锈色痰，这是本病特征。早期体征不多，仅有病侧呼吸音减弱，继而出现湿罗音。随着病情进展，可出现浊音和支气管呼吸音。

2. **支气管肺炎**　大多继发于上呼吸道感染、支气管炎或某些急性传染病（如麻疹、百日咳等）。病起时有咳嗽、发热、流涕等。以后咳嗽加重，气喘，发热可达39～40℃。在病儿此时可出现烦躁不安、精神萎靡、嗜睡、不爱吃奶。查体：呼吸急促，发绀，鼻翼煽动；严重时出现三凹症(即肋间、锁骨上窝、心窝部于吸气时下陷)。肺部听诊呼吸音减弱，有散在的湿罗音。

3. **重症肺炎**　症状加重，有时并发心力衰竭、休克或抽风等。小儿支气管肺炎严重时，多并发心力衰竭：呼吸困难加重，口唇青紫，心跳加快，心脏扩大，心音减弱，相继出现肝肿大及下肢浮肿等。大叶性肺炎严重时则多并发中毒性休克：呼吸困难，躁动不安，出冷汗，四肢发凉，脉沉细，血压下降，神志模糊，甚至昏迷。

4. **新生儿肺炎**　可不发热，仅有精神不振，吃奶不好，口唇青紫，呼吸不规整，有时在深吸气时可听到湿罗音。应特别注意，以免延误治疗。

防治

1. 防治感冒。小儿患感冒及麻疹、百日咳等，或年老体弱者患感冒时，都应加强护理工作。

2. 病人住室保持空气新鲜，室温不宜过高，但要避免受凉。

3. 新医疗法：效果好，值得推广。

(1) 穴位注射：以中府、肺俞或肺热为主，喘重者配喘息、天

突，高热者配大椎、曲池。可选用复方氯化钠，加蒸馏水稀释2倍；青霉素5～10万单位，5～10%卤硷注射液或白胡椒注射液等，每穴注药0.5～2.0毫升，一日1～2次。对成人先用针头刺激，有针感时再注射。

（2）卤硷疗法：卤硷葡萄糖静脉注射或点滴(婴儿只用点滴法)。成人剂量每日5～10克；婴儿6个月以下每日0.5～1.0克，1～2岁1.0～2.0克。静脉点滴速度不宜太快（婴儿每分钟10～15滴）。

4．单方治疗：适用于初期病情较轻者。

（1）紫皮蒜（去皮）1斤、贝母（研末）5钱、白糖半斤，先用水3碗把蒜煮成糊状，加入贝母、白糖调匀，每次服蒜2钱，每日2次。

（2）鱼腥草1～2两、鲜芦根2两，水煎服。

5．抗菌素疗法：病情严重者，肌注青霉素20～40万单位，每日2～4次，直至体温恢复后2～3日。青霉素无效时，可换用链霉素，或静滴四环素、红霉素等。

6．辨证论治：

（1）清热化痰法：宜用于发热、咳嗽、咯黄痰、舌红、脉数时，用甘桔汤加味，即甘草2钱、桔梗3钱、杏仁3钱、芦根1两、贝母3钱，一日2次，水煎服。胸痛加瓜蒌、冬瓜仁各3钱，高热加桑白皮5钱、生石膏5钱。小儿用量酌减。

（2）清热宣肺法：宜用于高热、咳嗽、气急、出汗、口渴、苔黄、脉数时。双花5钱、麻黄2钱、杏仁3钱、石膏5钱、甘草2钱，水煎服。痰多加莱菔子、贝母各3钱。胸痛加瓜蒌3钱，咳嗽加茅根3钱，或仙鹤草3钱。

7．重症肺炎处理：新医疗法并用抗菌药，并抓紧对症治疗。

（1）抗休克：静脉点滴10%葡萄糖，加卤硷液和去甲肾上腺素等升血压，必要时加氢化可的松50～200毫克。

（2）高热处理：头部冷敷，安乃近液滴鼻或穴位（曲池、大椎）注射。也可用安痛定或冬眠灵穴位注射。

（3）病儿烦躁不安时，可口服鲁米那3～5毫克/公斤/次，或10%水合氯醛灌肠，40毫克/公斤/次，或口服、肌注非那根1毫克/公斤/

次；也可合用冬眠灵1毫克/公斤/次。

(4) 控制心力衰竭：可用毒毛旋花子素K，一次量按0.005～0.007毫克/公斤，加25%葡萄糖20毫升缓慢静注，若不见减轻，6～8小时后可重复一次。

风湿病和风湿性心脏病

在农村巡回医疗时，一位老贫农王大爷对医疗队的医生说："我十五岁就进了地主的虎口，做牛做马，吃的猪狗食，睡在牛羊圈，十冬腊月盖谷草，单衣光脚地里跑。寒冬腊月，得了嗓子病，痛得连水都咽不下去，狠心的地主老财还逼着我干活。嗓子痛还没有好，又发起高烧，膝盖又红又肿，连着两个多月天天出汗、心跳、没力气，全身大关节没有好地方，手脖子好了，膝盖又肿了，膝盖肿消了，肩膀又不能动弹，就这样拖拖拉拉几年才算消了肿。那曾想没过几年，又犯起心慌、气短病，喘不过气来，有一天刚下地就吐出一大滩鲜血，打这以后三年两头吐血。1948年解放了，毛主席他老人家领导俺们贫下中农翻身作主人，我才没有被地主老财折磨死。为了报答毛主席的恩情，土改、劳动那样工作我都积极领头干，可老病还是不断地犯。叛徒、内奸、工贼刘少奇这个坏蛋，疯狂抵制、破坏毛主席无产阶级革命路线，造成农村长期缺医少药，我这病一直没有好好治疗，这两年心口添块病，腿肿下不了炕。这回经过文化大革命，打倒了刘少奇。伟大领袖毛主席的'六·二六'指示，得到了贯彻，大城市里的医生到俺贫下中农家炕头上来治病，这可真是和过去大不一样。"

老贫农王大爷这段话不但对叛徒、内奸、工贼刘少奇推行的反革命修正主义医疗卫生路线作了批判、控诉，而且热情地歌颂了伟大领袖毛主席的"六·二六"光辉道路。王大爷的话教育我们：在疾病这个问题上，反映着两个阶级、两条路线的尖锐斗争，王大爷以及千千万万劳动人民从旧社会得来的病，是万恶的统治阶级剥削压迫人民所造成的！我们一定要带着深厚的阶级感情，为广大贫下中农健康服务。

经检查证实王大爷得的是风湿性心脏病。

风湿病是人体在风寒潮湿的影响下，感染溶血性链球菌后产生变态反应而引起的一种慢性病。多侵犯青少年，反复发作可造成风湿性

心脏病。

病状 多数病人发病前1～3周内有过扁桃体炎、咽炎等上呼吸道感染史。发病时有发热、全身不适、乏力、多汗、脉浮而数、面色苍白、反复鼻出血等症状。局部病变有以下四种：

1．关节炎，表现为多数大关节（膝、踝、肘等）红、肿、热、痛等急性炎症现象。特点是多发性和游走性。发作过后关节功能恢复，不留畸形。

2．心脏炎，常表现为心跳加快、心慌、气短、心前区疼痛，检查可发现心脏扩大、心尖搏动减弱，第一心音减弱，心尖部有吹风样收缩期杂音，有时有心律不齐。

3．皮肤上出现环形红斑和黄豆大皮下小疙瘩（皮下结节），结节多见于骨质突出部位，如肘尖、膝盖、内踝部等，基底固定和皮肤不粘连。

4．少数病人（女孩多见）可出现手脚不自主不协调的运动，如不能拿碗筷和扣衣服等病状（称为舞蹈症）。

风湿性心脏炎侵犯心瓣膜，可使瓣膜发生瘢痕、粘连等病变而造成狭窄或关闭不全，进而使心脏出现不同程度的机能障碍，就成为风湿性心脏（瓣膜）病。

风湿性心脏病，最常见的是二尖瓣病变，有的主动脉瓣同时受到侵犯。

1．二尖瓣关闭不全 最多见，轻时无症状，检查心脏向左扩大，心尖部有明显吹风样收缩期杂音，第一心音减弱。

2．二尖瓣狭窄 病人活动后心悸、气短、咳嗽，有时痰中带血（重时咯大量泡沫血痰）。心尖部可听到隆隆样舒张期杂音，常伴有心尖部舒张期震颤。

以上两种病变也可同时存在。

3．主动脉瓣关闭不全 主动脉区或胸骨左缘三、四肋间隙可听到舒张期吹风样杂音，向心尖传导。在股动脉上可听到"枪击声"。

防治

1．预防上呼吸道感染和增强机体抗御风寒能力，是预防风湿病的关键。易患上呼吸道感染的人，平日应加强锻炼，增强体质，提高

抵抗力，消除感染因素。居住环境注意防潮。

2．风湿病活动期的处理：

(1) 急性期应卧床休息。根据具体情况配合药物治疗。

(2) 阿斯匹林每次1克，每日2～3次，每次同服小苏打0.5克，以减少对胃的刺激。

(3) 安乃近每次1克，每日3～4次。

以上任选一种，效果不明显时，可口服强的松每次2.5～10毫克，每日3次。也可同时用青霉素。但两者不宜长用（2～3周为限)。

(4) 干柳树皮2～3两，或鲜贯筋1两或茳草（蓼吊花）1两，水煎服。

(5) 风寒侵犯体表，表现为发热多汗、全身不适、脉浮紧，可用防风汤以祛风通络解表：防风3钱、秦艽3钱、羌活1钱、葛根2钱、当归2钱、桂枝1钱、杏仁3钱、甘草1钱，水煎服。热重加黄芩3钱，鼻出血加侧柏炭4钱。

(6) 身热多汗、大关节多发性游走性红肿热痛，属于风湿热痹，宜以祛风清热燥湿，可用白虎桂枝汤加味：生石膏4钱、知母3钱、粳米2钱、甘草2钱、桂枝2钱、银花4钱、桑枝5钱，水煎服。可配合豨桐丸，每次1丸，每日2次内服。上肢痛加威灵仙4钱，下肢痛加牛膝3钱。

(7) 风湿热邪，侵及血分，出现环形红斑和皮下结节，苔薄黄脉滑数，宜用清营凉血解毒法：苍术1钱半、黄柏3钱、丹皮3钱、赤芍3钱、生地4钱、丹参3钱、紫草根6钱，水煎服。

(8) 针刺：上肢痛取曲池、养老、肩髃；下肢痛取环跳、绝骨。或以复方氯化钠等作穴位注射。

(9) 风湿病非活动期但有关节痛无红肿者可用：小活络丹，每日2次，每次1丸内服；或穿山龙5钱、防已3钱、防风3钱、秦艽3钱、桂枝2钱、当归2钱、炙川乌1钱；或威灵仙4钱、牛膝3钱、鸡血藤5钱、贯筋5钱，水煎服。

3．风湿性心脏病的处理：

(1) 减轻心脏负担，合理安排劳动；女病人要严格节制生育，因分娩妊娠后期会加重心脏的负担。

(2) 病人活动后有心跳气短等现象，宜以养心安神：龙骨5钱、牡蛎[音母利，mǔlì]5钱、茯神3钱、远志3钱、党参4钱，水煎服。痰中带血可加三七2钱、花蕊石4钱，研末，分6次药汤送下。

(3) 如出现心力衰竭，应按心力衰竭处理（见后面"心力衰竭"）。

高 血 压 病

成人如果血压经常超过140/90毫米汞柱，便可认为有高血压。高血压可分为高血压病和症状性高血压（如肾炎、晚期妊娠中毒症等），应注意区别。高血压病长期发展，可使心脏、脑等发生病变。因此，应早期诊断早期治疗防止恶化。

祖国医学认为本病的发生和肝肾的关系极为密切，如肝火旺盛、肾阴不足，均可引起血压上升。

病状 轻时可无明显症状，只在测血压时查出。较重时有头痛（多为胀、跳痛）、头晕、耳鸣、失眠、情绪易激动。因为血压高，增加了心脏负担，长期使心脏受损，可出现明显心跳、气短等。检查除血压升高外，在心尖部可听到收缩期杂音，主动脉瓣听诊区第二音亢进，成为高血压性心脏病。高血压性心脏病严重时，可发生心力衰竭。有的病人可发生心绞痛，即突然的胸骨附近剧痛、向左肩放散，出冷汗，有压榨样或窒息感。发作約几分钟。此外，高血压病可引起剧烈头痛、呕吐、惊厥、昏迷等，是脑受病的表现，叫高血压脑病。并可发生脑卒中等严重后果。

防治 高血压病是慢性病，与精神因素关系密切。应热情帮助病人寻找致病原因，坚定为革命治病的信心，用坚强的革命意志去战胜疾病；配合一定的药物治疗，并根据血压波动的规律，适当安排好工作、劳动、生活等问题。少吃盐，忌烟酒，饮食宜清淡少脂肪。病人可作一些力所能及的工作，不宜长期休息。

1．降压治疗：

(1) 新针：曲池、风池、足三里、百会、合谷。针刺双侧曲池透少海，针感要强。失眠加翳明，头痛加印堂，心悸加内关。

(2) 耳针：取穴高血压点、降压沟、神门、肾上腺、皮质下。

(3) 卤碱疗法：口服卤碱每次1～2克，每日3～4次。或3％卤

碱注射液40～60毫升，加入葡萄糖液中缓慢静脉注射，也可静脉点滴。

(4) 降压药：降压灵4毫克或利血平0.25毫克，每日3次口服。如降压效果不明显，可併用双氢克尿塞25毫克及氯化钾1克，每日3次口服。

中草药降压可用：

① 地龙1两，水煎服。或地龙粉1日2次，每次5分，开水送下。

② 榨蓬棵2两，水煎服。

③ 醋1两、冰糖2两，混合后顿服，1日2次。

④ 夏枯草、草决明或玉米须各1两，水煎服。

⑤ 臭梧桐片，每日3次，每次6片，开水送下。

(5) 镇静安眠药：可用利眠宁10毫克或苯巴比妥0.03克，每日3次口服。失眠时于睡前服眠尔通1～2片。也可用炒酸枣仁2钱，临睡时服，开水送下。

2. 辨证论治：高血压的主要病状为头晕、眼花、耳鸣、失眠、心烦易怒、记忆力减退，属于祖国医学"眩晕证"的范围，若延久失治，或治疗不当，发展为偏瘫、麻木、失语，则又属于类中风。因此，必须及早防治。

(1) 肝火旺盛：头晕头痛，面红眼红，舌红苔黄腻，脉弦，宜平肝清火：龙胆草3钱、夏枯草5钱、天麻3钱、钩藤4钱、黄芩3钱、大黄1钱，水煎服。

(2) 肝肾阴虚：头晕、头痛、耳鸣，心跳、心烦、失眠、腰腿酸软、舌质红或光剥、脉细弦。宜滋阴柔肝：生熟地各3钱、何首乌6钱、石决明5钱、潼蒺藜4钱、珍珠母4钱，水煎服。也可服杞［音起，qǐ］菊地黄丸，每日2次，每次1丸，开水送下。

3. 高血压脑病处理：可用10%卤硷液30毫升，加入25%葡萄糖30毫升，静注或静滴，或25%硫酸镁10毫升肌注。也可肌注利血平1毫克。

4. 心力衰竭的处理见"心力衰竭"治疗项。

心力衰竭

各种原因引起心脏收缩无力，不能把由静脉回心血液充分排出，同时动脉系统供血不足，引起血液循环障碍而出现一系列症状，叫心力衰竭。有左心衰竭和右心衰竭之分，但后期可发展为全心衰竭。各种心脏病是心力衰竭最常见的原因。例如：左心衰竭常见于高血压性心脏病及动脉硬化性心脏病；右心衰竭常见于肺原性心脏病和克山病；风湿性心脏（瓣膜）病因病变瓣膜的不同，可引起左心、右心或全心衰竭。上呼吸道感染、妊娠分娩、过劳等常是心力衰竭的诱发因素。

病状

左心衰竭：指小循环郁血（肺水肿）。早期劳动后出现心跳、气短，严重时夜间突然发生咳嗽，咯粉红色泡沫血痰，不能平卧，呼吸困难，口唇青紫（心原性哮喘应和支气管哮喘鉴别）。两肺底可听到湿罗音。

右心衰竭：指大循环郁血。表现为呼吸困难，尿少，口唇青紫，颈静脉怒张，肝肿大、质硬有压痛。下肢浮肿，并向全身发展；严重时可有腹水或胸水。

全心衰竭则同时存在左心衰竭和右心衰竭的病状。

防治

1．注意防治上呼吸道感染；合理安排劳动，避免过劳；妇女病人应节制生育。

2．**“不同质的矛盾，只有用不同质的方法才能解决。”**如肺心症应着重治疗肺部感染，风湿性心脏病着重防治风湿病活动，高血压性心脏病则必须有效地治疗高血压。从根本上消除心力衰竭的威胁。

3．发生心力衰竭，应适当休息，严重者须卧床以减轻心脏负担。取半卧位，可减轻呼吸困难。烦躁不安，可给苯巴比妥等镇静剂。

4．应用强心药：洋地黄是治疗心力衰竭的重要药物，主要作用是加强心肌收缩力量和减慢心率。根据病情的急缓重轻，可采取缓给法（口服）或快给法（口服或静注）治疗。

（1）洋地黄叶缓给法：适用于病情较轻、缓的病人。首次给0.2

克，而后每次0.1克，一日3次。服药3～4天（总量达0.8～1.2克时），病人呼吸困难减轻，尿量增多，心跳减慢，肝肿缩小，浮肿减轻。此时改用维持量，即每日给0.05～0.1克。如在用药过程中出现食欲不振、恶心、呕吐、头晕、眼花、心律不齐、心率降到每分钟70次以下等，表示洋地黄中毒，应即停药，并口服氯化鉀，每次1克，一日3次。如无氯化鉀，可多吃含鉀的食物，如青菜、豆类或水果。

（2）洋地黄叶快给法：适用于较重的心力衰竭。在24小时内服用0.8～1.2克。每次服0.2克，每4～6小时1次，至出现明显药效后改为维持量。

小儿全效量按每公斤体重20～40毫克计算，也可根据病情用缓给法，至达全效量后改用全效量的1/8～1/10为维持量。

洋地黄叶用量计算法：日量指一天内洋地黄的用药量，总量指开始用药以来的总和量；总量减去用药期间每天由尿排出的量就是体存量。人体每天由尿排出的洋地黄量約为0.1克。

计算方法举例：某病人采用缓给法，即每天用洋地黄叶0.3克（首次服0.2克），连用3天，后改维持量，用药已7天。

时间	第一天	第二天	第三天	第四天	第五天	第六天	第七天
日量	0.4克	0.3克	0.3克	0.2克	0.1克	0.1克	0.1克
总量	0.4克	0.7克	1.0克	1.2克	1.3克	1.4克	1.5克
体存量	0.4克	0.6克	0.8克	0.9克	0.9克	0.9克	0.9克

（3）静脉注射给药法：作用快，仅在抢救危重病人（如急性心力衰竭）时用。可用毒毛旋花子素K，成人0.125～0.25毫克（另有毒毛旋花子素G，作用较K大1倍，须注意），加入25%葡萄糖20毫升中，缓慢静注。6～8小时后再注1次。一般日量不得超过0.75毫克。因此药药效维持时间短，所以注射1～2次后就须改为口服洋地黄。小儿全效量按0.007毫克/公斤/次，一日内静注2～3次。

洋地黄应用注意事项：

（1）上述给药法仅适用于1～2周内未用过洋地黄类药物的病人。遇到2周内用过药的病人，如果病情不太急，最好暂不给药，数日后从小剂量给起；如果病情急重，也可给小剂量，同时严密观察病情，待出现疗效后即改为维持量。

(2) 洋地黄类药物的有效治疗剂量和引起中毒的剂量接近，同样的用法和用量在不同的病人和不同的病情，往往效果相差很大。因此在用药时必须谨慎小心，极端的负责任，严密观察心率和心律的变化，灵活用药。

5．应用利尿药：增加排尿，减轻心脏负担。

(1) 双氢克尿塞口服，每次25毫克，每日2～3次，併用氯化钾，每次1克，每日2～3次。也可併用氨苯喋啶，每次100毫克，每日2次。

(2) 氨茶硷，口服，每次0.1～0.2克，每日3次；或用氨茶硷0.25克，用25％葡萄糖液20毫升稀释后缓慢静脉注射。

(3) 汞撒利，1毫升肌肉注射，每周1～2次，有肾脏病者禁用。

(4) 用强尔心或汞撒利0.3毫升在水分穴注射，可收到明显利尿作用。

6．中草药：

(1) 万年青根5钱，水煎服，每日1剂，适用于慢性心力衰竭，有强心利尿作用，但有毒性，须注意。

(2) 铃兰全草3钱、金钱草5钱、白茅根1两，水煎服，有强心利尿作用。

7．辨证论治：由于各脏之间存在着相互联系、相互制約的密切关系，肝肺等脏发生病变，往往可以影响心脏，如肝火旺盛所致的眩晕，咳喘病进展到严重阶段，风湿引起的心痹症等，均可导致心脏病变。心脏所以受病，主要在于心脏机能不全。最常见的有：

(1) 心气虚：咳嗽气短，心跳，面色虚浮，四肢发凉，脉细弱，宜益气温阳：人参3钱（或用党参1两代用）、肉桂1钱、黄芪4钱、附子2钱、干姜1钱、甘草2钱，水煎服。

(2) 心阴虚：心悸气短，失眠怔忡，头晕，舌质淡红少苔，脉结代（迟脉中有时出现停顿的，叫结；脉跳几下之后，有一较长时间的停顿，叫代），宜益气滋阴：炙甘草3钱、桂枝2钱、党参5钱、生地6钱、麦冬3钱、阿胶3钱、麻仁3钱、大枣6枚，酒为引，水煎服。或党参5钱、麦冬5钱、五味子3钱，水煎服。也可服归脾丸、补心丹。

(3) 心阳虚：平时气喘，劳累加重，不能平卧，心悸，四肢浮肿，甚至环唇爪甲青紫、两膝以下发凉，头汗，舌苔淡白，脉沉迟而结，宜温阳纳气利水：都气丸，每日3次，每次1丸，肉桂2钱、附片3钱、车前子4钱，水煎送丸内服。

(4) 喘息，咳吐痰血，胸胁闷痛不畅，宜理气通络止血：瓜蒌5钱、薤白4钱、红花3钱、玉金3钱、丹参3钱、花蕊石6钱，水煎服。

急性胃肠炎

多发生于夏秋两季。因吃腐败食物（内含毒素和细菌）引起胃肠道炎症。成人、儿童均可发生。

病状 起病急，有明显胃肠道症状：恶心、呕吐、腹痛（以上腹部及脐周围最明显）、腹泻；大便呈水样便，可有粘液、血液，但无脓及里急后重，可与痢疾相鉴别。吐泻严重者可出现脱水。可有发热。查体有上腹部及脐周围压痛，肠鸣音增强。

预防 注意个人饮食卫生，搞好集体食堂卫生，不吃腐败变质的食物，大力灭蝇。

治疗

1．新针疗法：取穴足三里、天枢、止泻(脐下2.5寸，直刺1.5～2寸)。发热加曲池，呕吐加内关，吐泻、烦渴不安加人中、十宣、委中放血，吐泻、四肢冰冷并出冷汗的，加灸神阙、关元。用强刺激手法。每日1次。也可用阿托品小剂量在上述穴位注射。

耳针疗法：取穴交感，用强刺激手法，留针15～30分钟。每日1次，也可行皮内埋针法。

手针疗法：针刺胃肠点，强刺激，留针3分钟。

2．草药单方：鲜马齿苋2两水煎服，或鲜辣蓼草2两水煎服。

3．辨证论治：

湿浊：头胀胸闷，腹痛，腹泻，无怕冷发热，舌苔薄白者，可用：藿香正气丸，每日2次，每次1丸。

湿热：呕吐，腹痛即泻，粪色黄褐，心烦口渴，小便少，色黄，苔黄腻，脉滑者，可用香连丸，每次1钱，一日3次。生姜汁炒竹茹

4钱，煎湯送丸。

4. 可选用磺胺脒，首次2克，以后1克，每日4次；黄连素，每次0.2～0.3克，每日3次；合霉素0.5克，每日4次。如有脫水，可饮含食盐开水或输5%葡萄糖液1000～1500毫升；如腹痛剧烈，可肌注阿托品等。病情严重时应請卫生院医生协助治疗。

慢性胃病

（慢性胃炎，潰瘍病，胃神經官能症）

慢性胃病是农村的常见病。以前，在刘少奇反革命修正主义医疗卫生路线干扰下，农村严重的缺医少药，贫下中农患慢性胃病得不到及时有效的治疗，只得“轻病挺，重病等”，小病挨成大病，轻病拖成重病，甚至造成严重后果。在无产阶级文化大革命中，广大革命医务人员遵照毛主席关于**“把医疗卫生工作的重点放到农村去”**的光辉指示，深入农村，积极开展常见病、多发病的防治工作，用新医疗法、中草药等治好了许多经久不愈的慢性胃病病人，受到了广大贫下中农的欢迎。

慢性胃病是以胃痛（上腹痛、心口痛）为主要表现的一组疾病，包括慢性胃炎、潰瘍病和胃神经官能症等。

慢性胃病的发生因素很复杂。胃部受慢性刺激（如经常暴饮暴食，饮食冷硬，长期大量饮酒，滥吃止痛药等），使消化功能紊乱。如未得及时治疗，反复发作，可引起胃粘膜发炎或形成潰瘍。潰瘍由浅变深，甚至侵蚀胃壁血管可发生大出血；甚至穿透胃壁，发生穿孔，继发急性腹膜炎。此外，胃病的发生往往也和精神因素（长期过度的精神紧张或情绪波动等）的影响有关。

祖国医学对胃痛辨证按病因证候不同，可分为寒痛、热痛、气滞痛和瘀血痛等。

病状

1. **慢性胃炎** 胃痛多于进食、情绪波动时疼痛加剧，多呈窜痛或胀痛，并常有饱闷感，嗳气后渐觉舒适，舌苔薄黄，脉多弦数，上腹部压痛而无压痛点。多属气滞痛。

慢性胃炎急性发作时，疼痛剧烈，痛时不喜扪按，苔黄腻，脉

数，并有口渴、尿色红、大便秘等症状。多属热痛。

2. **溃疡病** 胃痛特点有三：(1) 疼痛有节律性，多在饭后半小时到2小时或3～4小时出现，有时饥饿时或夜间痛，进食或服碱性药物后疼痛可暂时缓解；(2) 有周期性，每于寒冷季节频繁发作；心情不愉快、吃生冷食物、睡眠不好等，可诱起发病，或使疼痛加剧。(3) 病程长，时好时犯，可达数年甚至数十年。

常伴有反酸、嗳气、烧心、呕吐，食欲大多减退，上腹部可有压痛点。

溃疡发生出血时，在节律性胃痛的基础上突然发生剧痛，痛处固定不移，刺痛，不喜扪按，或见呕血（呈紫色或高粱米汤色）和黑便（柏油样）舌质紫，脉细涩。多属瘀血痛。

如出血过多（呕血、便血），可发生口干、心悸、头晕、四肢发凉、头部冷汗、脉细弱、血压低等失血性休克症状。

溃疡合併急性穿孔，则引起剧烈的胃痛，相继出现腹部广泛性疼痛（见后面急腹症项）。

溃疡疤痕收缩引起幽门狭窄，使胃内食物不能顺利地通过，以致胃内食物潴留，反复大量呕吐，吐出隔日食物，有酸臭味，上腹部可出现胃蠕动波，叩诊呈震水音，称幽门梗阻。

极少数病人还可发生癌变。凡胃痛节律消失，疼痛顽固、不易缓解，食欲明显下降，逐渐出现贫血和消瘦，特别是年龄较大病人，应送医院检查，以便排除癌变。

3. **胃神经官能症** 胃痛时轻时重，轻重不一，重时呈痉挛性剧痛，轻时隐隐作痛，疼痛发作多和情绪波动有关，有时吃生冷饮食或受寒气而引起疼痛。痛时常以嗳气减轻痛苦，或喜抚按，愿喝热水热汤，如用热敷腹部，可使疼痛缓解。常伴有唾液增多，呕吐清水，失眠头痛。舌苔薄白，脉沉弦或沉迟，上腹部无明显压痛。多属气痛、寒痛。

慢性胃炎和溃疡病的病状常同胃神经官能症相似，应仔细检查鉴别，不要轻易下"胃神经官能症"诊断。

防治 "赤脚医生"首先要和病人共同建立战胜疾病的信心和决心。要了解病人的工作、劳动及思想情况，使他们了解疾病的本质和

规律及掌握饮食和药物等防治方法。克服那种胃痛医胃、滥用止痛药的局部观点和单纯药物观点。新医疗法、中草药治疗慢性胃病常有很好的效果。

1．尽量吃易消化食物，避免过硬、生冷和有刺激性食物（如辣椒、酒、粘米面等)。胃出血或穿孔病人应暂时禁食。

2．新医疗法：

(1）新针疗法：主穴足三里、中脘、内关，备穴阴陵泉、三阴交、胃俞。一般先刺双侧足三里，如疼痛剧烈伴恶心时，针内关透外关。另一种方法是先刺一侧内关后，再刺对侧足三里，均用强刺激手法。

(2）耳针：交感、神门、胃。

(3）穴位注射和埋线疗法，双侧足三里、中脘、胃俞，注入0.2～0.3毫升阿托品或非那根、卤硷注射液、普鲁卡因等。也可在胃俞透脾俞（双侧)，中脘透上脘，埋入羊肠线。

(4）温针灸和拔罐：针刺得到针感后，将艾绒捻于针柄上点燃，待体内感觉针身部灼热即拿去。为了防止艾灰落下烫伤，可在针身上套一硬纸板。拔罐（见621页)。

3．辨证论治：

寒痛：采用温中散寒法，用理中汤或附子理中丸。热痛：采用清热和胃法，用清胃丸或清宁丸。气滞痛：采用疏肝理气法，用舒肝丸、胃气止痛散。瘀血痛：宜用和血定痛法，用手拈散（元胡3钱、五灵脂3钱、草豆蔻2钱、没药2钱，共研末)。因食积引起的胃痛，宜用消食化积法，用山楂丸。

4．对症处理：

反酸、烧心明显时，新针疗法併用制酸止痛药。成药有胃舒平片、胃复康片、苏达明片等；乌贝散（以乌贼骨85％象贝母15％之比，研末）3～5克，每日3次；矾蜜丸（以蜂蜜1斤，枯矾4两，研碎，制成拇指大丸剂）每次1丸，每日3次；氢氧化铝凝胶10毫升，每日3次，但长期服用可引起便秘，胃出血时不宜用。

胃痛明显时，可配用颠茄浸膏0.03克，或阿托品0.3～0.6毫克，或普鲁本辛15毫克，每日2～3次口服。

胸腹饱闷、嗳气为主、反酸不严重时，重在调整消化、健胃。可用山楂煎水或加适量炒麦芽；也可服保和丸或山楂丸、消化散、健胃散、維生素丙、胃蛋白酶合剂（但在溃瘍病时忌用），饭后喝少量食醋等，都能使病状缓解。用甘草2～3钱煎服，日服2～3次，可收到较好的效果，但要少吃盐，发生浮肿即刻停药。

胃痛伴有便秘，针刺足三里、阳陵泉、支沟，併用缓解胃腸痉挛药，如顛茄浸膏、阿托品、胃复康、普鲁本辛等，润腸缓泻药，如适量蜂蜜、青宁丸、氧化鎂（每次0.3～0.5克，每日3次）。忌用剧泻药或灌腸，因不仅不能治愈便秘，有时反会加重。

胃痛伴有神经衰弱，针刺翳明、內关、足三里。耳针取胃，神门，脾，皮质下。睡前口服利眠宁或炒酸枣仁1钱。

5．简易方法：用土豆搗碎拧汁，每次50～100毫升，加适量蜂蜜口服。还可用鸡蛋壳焙黄，研末，每次2～3分口服。卷心菜拧汁30毫升，每日2次口服。

6．幽门狭窄（梗阻）有两种，一种是暂时性的，多由幽门痉挛或水肿引起。可用手或筷子刺激咽部使之呕吐，吐后再服上述制酸、解痉止痛药，可收到较好效果。另一种是因瘢痕收缩引起的持久性幽门狭窄，需手术治疗。

7．大出血经积极治疗（见282、283页）出血仍不止者以及穿孔和癌变者，需手术治疗。

慢性肝病

（慢性肝炎和肝硬变）

肝是重要的內脏。它分泌胆汁，帮助脂肪消化。它是一个“综合化工厂”，能改造各种营养物质，制造凝血物质，对某些有害物质起解毒作用，处理体內代谢产物等。胃、腸、胰、脾等的血流都要经过肝（门靜脉）回流心脏。因此，慢性肝病可引起一系列症状。照祖国医学的说法，肝气失调，影响脾胃运化，又可影响肾，而肾的不足可使肝脾受病加重。

慢性肝病的实质是人体、主要是肝对慢性致病因素的矛盾斗爭。许多慢性致病因素，如传染性肝炎长期迁延不愈、长期多量饮酒、慢

性胆道感染、长期胃腸病引起的营养不良、肝寄生虫病（如南方的血吸虫病），都有破坏肝细胞的作用。而肝细胞有相当强的增生能力。因此一边受到破坏，一边增生补偿。但破坏超过了一定的限度，肝就要靠纤維组织来帮助修复（正如皮肤受伤后结疤那样），于是肝脏要变硬、表面呈现许多结节，即肝硬变。所以，预防慢性肝病涉及其他肝胆、胃腸病的预防，得了传染性肝炎、肝寄生虫病、胆道疾病、胃肠病等，应当及时彻底治疗，长期多量饮酒的要忌酒。

病状

1．慢性肝炎

（1）消化不良症状，如食欲不振、厌油腻、嗳气、腹胀、腹泻或大便中含未消化食物等。

（2）右胁胀痛（肝痛）。

（3）肝肿大，质较硬，有轻度触痛。

（4）全身无力。皮肤可出现蜘蛛痣，也可出现轻度水肿。脾可能触到。但有一部分病人慢性肝炎的自觉症状并不明显，发现时已是肝硬变。

肝硬变　也有上述病状，而且较重，但右胁胀痛常不明显。与慢性肝炎的不同点有：

（1）肝大部分（多为右叶）缩小，浊音区缩小，触到的肝（多为左叶，在剑突下）变硬、表面不平，边缘较鋭。

（2）脾多明显肿大。

（3）可出现腹水（腹部有移动性浊音和波动感）和明显的水肿。

（4）全身易出血，如齿龈出血、鼻出血、皮肤紫斑等。

（5）可出现腹壁脐周围静脉曲张，或发生大呕血、便血（食管、胃的静脉破裂）。严重的肝硬变，病人面色灰暗，出现黄疸、烦躁或嗜睡、呼气带甜味（“肝臭”），甚至发生肝昏迷。

慢性肝病呈现肝肿大或者缩小、脾肿大、腹水和水肿、蜘蛛痣等，就比较容易诊断。如果缺少这些体征，但有前述的消化症状，应当让病人到医院去化验肝功能，以便确定诊断。

治疗　对待肝病要树立正确的观点，一方面不应忽视，尤其应当防止它继续加重；另一方面不应完全依赖药物或者消极悲观。肝有相

当强的抗病能力，只要正确处理，慢性肝病是能够治愈的。

1．适当休息和加强营养。慢性肝炎应当避免过劳和生气；肝硬变应当调节劳动强度；如有腹水、黄疸、脾明显肿大、出血倾向或肝功能化验明显异常等，就应完全休息，直到这些病变好转。要增多营养（参照第八章“传染性肝炎”治疗），但少用油脂类，可用維生素乙和丙或其他含維生素的药物。值得指出的是不应使病人发胖，因为脂肪增多对肝和心脏都不利。

2．胁痛、胸闷而随情态变化改变，嗳气较多，苔薄，脉弦，属肝郁气滞，治宜舒肝理气。可用柴胡3钱、枳壳2钱、青陈皮各2钱、川芎1钱、香附3钱，水煎服，一日1剂。肌注維生素乙$_{12}$ 200微克，一日1次，也有疗效。并可针刺内关、足三里、阴陵泉等。

3．心胸烦热，口干，二便不畅，舌红苔黄，脉弦数，属肝热，治宜清肝解毒。可用柴胡3钱、龙胆草3钱、板蓝根5钱、焦山栀3钱、白芍3钱、蚤休2钱，水煎服，一日1剂。或肌注板蓝根或紫草等注射制剂也有效。

4．腹胀，胃口不好，大便较稀或含不消化食物，苔白，脉软无力，属脾虚，治宜健脾理气。可用党参4钱、炒白术3钱、茯苓4钱、香附3钱、枳壳2钱，水煎服，一日1剂。或用干酵母2克、乳酶生1克、复合維生素乙100毫克，一日3次。

5．食后作胀，恶心呕吐，肝胀痛，腹泻，消瘦无力，苔白黄相兼而腻，脉多濡，属肝气内郁而伤脾胃。可用砂仁2钱、木香1钱、苍术1钱、厚朴2钱、陈皮2钱、丹参3钱，水煎服，一日1剂。也可服香砂养胃丸，每次1钱，一日2次。又可静注25～50％葡萄糖80～100毫升，内加維生素丙50～100毫克，每日2次。

6．腹水治疗：

（1）腹水轻度，面色萎黄，两胁胀痛，少食腹胀，尿少色深，舌苔白腻，脉弦，多属气滞湿阻，治宜疏肝理气、散湿除满。可用柴胡2钱、陈皮2钱、川芎1钱、苍术2钱、枳实1钱、香附3钱、厚朴2钱，水煎服，一日1剂。

（2）腹大（如蛙腹）水多，面色苍黄或㿠白，胸闷，肢冷，下肢浮肿，尿清白而短少，舌苔淡黄，脉沉弦而细，多属脾肾阳虚，治宜

补脾温中、助肾利水。可用附子2钱、党参3钱、干姜1钱、白术3钱、甘草1钱、桂心1钱、泽泻3钱、猪茯苓各3钱，水煎服，每日1～2剂。重者可用舟车丸，每次5分～1钱一日2次，但舟车丸只宜用3～4日。

(3) 用利尿药消腹水和水肿，如双氢克尿塞25～50毫克，一日3次。如无效可加用安体舒通片100毫克（或用微粒20毫克）、一日3次。尿量增多后应口服10%氯化钾10毫升，一日3次。必要时肌注汞撒利，每次1～2毫升，一周内2～3次为限，因此药有毒性，有肾脏病者禁用。

(4) 可试用单方：炙蝼蛄6个、煨甘遂3分共研细末，黄酒为引，日服1次。甘遂、砂仁各2钱研末，大蒜捣烂，加水共调成糊状，敷在脐中，用带缚住。陈葫芦瓢、玉米须各2两水煎，日服2次。牵牛子1钱、茴香2分研末，一日2次。

7．肝脾轻度肿大，全身情况尚可，可用丹参1两半、桃仁1两、穿山甲3钱、莪术5钱、三棱5钱、大黄4钱，共研末为丸，每次2钱，一日2～3钱，共服一周。

8．齿龈出血、皮肤紫斑或鼻出血，可肌注维生素K，每日2支，口服维生素丙每日300～500毫克。或仙鹤草、茜草、大小蓟、地榆等任选2种各5钱～1两，水煎，日服2次。

9．凡有下列情况者，应及时送到医院诊治：(1) 大呕血、便血；(2) 肝昏迷；(3) 黄疸；(4) 脾明显肿大；(5) 腹壁静脉曲张；(6) 面色灰黯，双眼失神，不思饮食，嗜睡或烦躁不安；(7) 经上述治疗病情不好转者。

肾　炎

肾炎常发生在上呼吸道感染（如扁桃体炎及咽炎）以后，是机体受链球菌感染引起的一种变态反应性病变，以肾脏病变为主。多见于青少年。

肾炎有急性、慢性两种。急性肾炎经及时治疗大多数可以治愈；治疗不当或急性肾炎反复发作，迁延不愈半年以上可转变为慢性肾炎。

病状

1. **急性肾炎** 最先见浮肿，以眼睑、面部最明显，随病情进展，浮肿可遍及下肢或全身。病人尿少、色红（血尿），有蛋白尿（将尿置20毫升的废安瓿中煮沸，加醋5滴再煮沸，如有混浊沉淀，表示尿中有蛋白质）；同时伴有腰痛、头痛。检查血压可增高。病情严重、血压持续增高可引起心力衰竭和高血压脑病（短暂的剧烈头痛、恶心、呕吐、抽风或神志不清等发作）。

2. **慢性肾炎** 症状很不一致。轻症可无自觉症状，或仅有眼睑、下肢轻度浮肿。以高血压为主要表现的（高血压型），血压明显增高，头痛目眩，腰酸乏力，浮肿常不明显，严重病人可出现心力衰竭。以浮肿为主的（水肿型），浮肿遍及全身，有时出现腹水或胸水。尿检查含有蛋白尿。

慢性肾炎如未得适当治疗，反复发作恶化，到后期肾脏功能严重障碍，尿少甚至无尿，代谢废物不能很好随尿排出，在体内越积越多，可引起中毒而发生尿毒症昏迷，危及病人生命。

慢性肾炎水肿型有时需与慢性肾盂肾炎（见后面尿路感染项）鉴别，后者常有急性发作，腰痛、发热、尿频、尿痛等，与慢性肾炎不同。

防治

1. 积极锻炼身体，注意防寒、防潮，预防感冒。及时治疗扁桃体炎、咽炎及其他感染性疾病。

2. 发病后注意休息。浮肿明显应忌盐食，多吃蔬菜和糖。水肿消退后，吃少盐饮食二周，病情无反复，再改普通饮食。

3. 积极治疗急性肾炎，防止转变成慢性。应用青霉素等控制感染，勿用磺胺类药物（因它容易在尿中形成结晶，损害肾脏）。

4. 利尿、消肿、降压：双氢克尿塞有利尿、降压两种作用，可与降压灵或利血平併用；中药白茅根汤（白茅根2两，水煎服，一日3次）、五皮饮（大腹皮3钱、茯苓皮5钱、生姜皮1钱、陈皮2钱、桑白皮3钱，水煎服，一日1剂），或玉米鬚2两水煎服，或车前草2两水煎服，均有利尿作用。夏枯草3钱、芹菜根1两、葵花盘1两、益母草5钱，水煎服，可降压。

5. 急性肾炎出现高血压脑病时，可肌注利血平1毫升或25%硫

酸镁 10 毫升，一日 1～2 次；或卤硷静脉缓注。并可用新针或耳针降压、镇静。併发心力衰竭时，可按抢救心衰处理。

6．对慢性肾炎的防治，必须批判“不治之症”的错误思想。慢性肾炎虽然病情较复杂，但只要医务人员和病人密切配合，用毛主席辩证唯物论哲学思想指导，抓住病程中不同时期的主要矛盾，中西医结合，辨证论治，慢性肾炎是能够收到良好的治疗效果的。

祖国医学认为肾炎发展到慢性阶段，多属脾虚肾虚。治疗以温肾补脾、利尿消肿为主；温肾补脾是治本，利尿消肿属治标。表里结合，标本兼治，是治疗慢性肾炎的基本方法。但也有属于水湿内胜的情形，则宜泻下逐水。

（1）脾肾阳虚型，最多见。证候为面色苍白，面、肢水肿，以下肢水肿显著，尿少，舌淡白，脉沉细。治宜温肾利水。可用附子 3 钱、肉桂 2 钱、猪苓茯苓各 4 钱、陈葫芦 1 两、仙茅 3 钱、白朮 2 钱，水煎服。气虚加党参 3 钱、黄芪 4 钱。

（2）肾阴虚型：面色苍白，面、肢轻度浮肿，头晕、头痛、腰痛、尿少，舌质红，脉小弦或弦滑，血压偏高。治宜滋阴利水降压。可用生地 4 钱、元参 4 钱、杞子 3 钱、天冬 3 钱、珍珠母 1 两、菊花 3 钱、车前子 4 钱、石决明 4 钱，水煎服。

（3）腹水型：面、肢浮肿明显，腹部膨大有水，尿少，便秘，苔白或厚腻，脉沉弦。治宜泻下逐水。可用槲片 3 钱、商陆 3 钱、茯苓皮 4 钱、大黄 2 钱、川楝子 3 钱、泽泻 3 钱、木通 3 钱、赤小豆皮 1 两，水煎服。本型常为慢性肾炎晚期，伴发其他症状较多，病情复杂，应该仔细辨证，随证加减，灵活用药。

上述三型经治疗后水肿消退，但尿液检查仍有蛋白质和红细胞时，可用下方治疗：

（1）有蛋白尿时，黄芪 5 钱、山药 5 钱、山萸肉 3 钱、苡仁 5 钱，水煎服。或胎盘焙粉 1 钱，每日 2 次服。

（2）有血尿时，益母草 1 两、茜草 5 钱，或生藕节 1 两、旱莲草 1 两或大小蓟各 1 两，水煎服。

（3）口服强的松，每日 20～40 毫克，可利尿并减少尿蛋白，但不可久用。

7．慢性肾炎血压高、恶心、呕吐或出现惊厥等高血压脑病症状时，处理与急性肾炎高血压脑病同。

8．尿毒症是慢性肾炎的严重併发病。表现有：头痛、嗜睡、恶心、呕吐、皮肤干燥、搔痒、呼吸深而慢和心力衰竭症状，有的病人还可出现谵妄、昏迷、抽风。应立即送医院救治。

尿路感染

尿路感染是指从肾盂到尿道的范围内受大肠杆菌等感染。主要症状是尿频、尿急（小便次数多、每次排尿少而不断感觉有尿），在中医学里属于"淋症"范围。妇女得病较多见。

病状 除尿频尿急外，因感染的主要部位不同，还有其他的病状：肾盂炎时，还有发热、腰痛、肾区叩击痛等；膀胱炎时，还有尿痛、小腹痛、排尿困难等。尿色黄，比较混浊或带脓性，甚至带血色。

诊断 尿路感染需与尿路结核、尿结石等鑑别，有时两种病同时发生在一个病人身上。尿路结核常发生于有肺、肾等处结核病的病人，常有低热、盗汗、无力、尿血、腰痛等结核的表现在先，后有尿频尿急、尿痛或脓尿等。尿结石病，常以疼痛（即腰痛、腹痛、小腹痛、尿道痛等）为主症，有时可发现尿中有砂石或小便时尿流忽然不畅，尿频尿急也常是较后出现。

防治

1．尿路感染常是外阴部不清洁，细菌从尿道侵入而引起（尤其是妇女）。因此，应加强个人卫生，勤洗澡，婴儿勤换尿布，有蛲虫病的要及时治疗。

2．及时治疗全身性感染，防止细菌随血流传播，引起尿路感染。尿路结核、尿结石病等，应早期治疗。

3．病初病状急，畏寒、发热，尿色黄而不太浊，治疗以清热为主，可选用：车前草、白屈菜（山黄连）、鲜蒲蓄各1两，水煎代茶，每日1剂。生地3钱、银花5钱、生甘草梢3钱、木通3钱，水煎服，每日1剂。呋喃坦丁或痢特灵100毫克，每日4次口服，多饮水。以上用药約1周。

4．感染时间较久，尿混浊或更带脓、血，治疗上应清热利湿并重，选用：①萆薢4钱、萹蓄3钱、竹叶5钱、甘草梢2钱，水煎服，每日1剂。②猪苓4钱、赤茯苓4钱、黄柏3钱、甘草2钱，水煎服，每日1剂。如尿中带血，以上两方中可加大小蓟各4钱，排尿困难加滑石1两。也可用青霉素20万单位、链霉素0.5～1.0克，肌注，每日2次，并多饮水。以上用药約3～5日。排尿困难者可用温水坐浴。

5．慢性感染，腰酸痛，低热，轻度浮肿，无力，治疗宜补肾化湿，可用六味地黄丸，一日3丸，牛膝3钱、车前子5钱水煎送丸服。

6．排尿带出结石者，可用上述4的①或②方内加金钱草1～2两、海金砂5钱～1两（包）。但尿结石病和尿路结核病人，应到医院诊断清楚，然后进行治疗。

神經官能症

神经官能症是一种神经系统特别是大脑的机能活动失调的疾病。这类病的症状很多，有的看起来似乎比较严重，但是并无器质上的病变。为此，病人常觉得很苦恼。过去，有的医生对病人的痛苦漠不关心，简单生硬地向病人宣布"你沒有病"，敷衍了事。有的医生则单纯用药对症，使病人吃了許多药，仍得不到治愈。这两种态度都是不对的。这类病主要地表现在高级神经活动失调方面，显然需要精神上的治疗，不能单凭药物。

神经官能症主要包括神经失调症和癔病。

一、神經失調症

神经失调症，旧名"神经衰弱"。"衰弱"两字不能正确反映这种病的实质，而且会给病人一个消极的印象，所以叫作神经失调较为恰当。

病状和诊断　病人可主訴多种症状。属神经系统方面的常有：头痛、失眠、脑脹、记忆力减退、思想不能集中等。属循环方面的常有：心跳、胸闷热或痛、气不够用等。属消化方面的常有：胃口不

好、胃痛、胃胀、嗳气等。其他方面常有：疲乏无力、腰酸背痛、手足发热或出汗、阳萎早泄等。有的病人的症状与某种器质上的疾病相象，但查体时找不出任何与症状相应的异常体征。然而必须检查得十分仔细，才能诊断，千万不能粗枝大叶。因为，某些器质病变早期体征还不突出，不经认真的检查就容易忽视，误了病人。

治疗

1．尽可能分析病因。要用无产阶级感情对待病人。了解发病经过、病人的生活、工作、思想等以及症状的主要特点。例如：有的病人的发病，可能由于工作繁忙或思考问题多，较长时间用脑过度而又得不到适当调节；有的可能由于本人的思想方法、生活处理等的问题；有的则可能由于体质较弱等原因所致。病因不同，治疗上应有所区别。

2．充分调动病人的主观能动作用。向病人做过细的思想工作，使他们树立战胜疾病的信心。并且告訴病人从生活上到思想上，如何克服引起病状的因素，学会自己调整神经系统的机能。

3．找出症状中的主要矛盾，进行合理治疗。例如：病人有头痛、无力、记忆力不好、失眠等症状，往往失眠是其中主要矛盾。夜间失眠，而白天却又很睏。实际上这就是大脑机能正常的兴奋和抑制的颠倒。如果单纯给病人在晚间吃催眠药，常常只有一时疗效，后来催眠药会失效。因为，他的大脑在白天已经"睏"了許多次，夜间仍会兴奋起来。根据这个道理，白天病人吃一些兴奋药或针刺，使中枢神经兴奋一些，又作一些体力劳动，失眠就可治好，其他症状也就消失了。

4．对症处理：

(1) 新针和灸：新针可按症状取穴，如头痛针太阳、风池、合谷等；失眠针足三里、安眠等；胃痛、嗳气针中脘、足三里等。体瘦无力者宜用灸。也可选用耳针或水针。

(2) 镇静药与兴奋药，适当配合应用，以调节大脑机能。如失眠，白天可喝浓茶或服咖啡因片 0.1～0.2 克，1 日 3 次；睡前用酸枣仁 20 粒（炒半生捣碎）、五味子 2 钱，水煎服，或丹参 1 两，水煎服；或催眠药适量。一般调节大脑机能可用溴化钠 3～5 克和咖啡因 0.2～0.3 克，加水 100 毫升，制成合剂，每日 3 次，每次 10～15 毫

升。

(3) 中药：以远志3钱、炒酸枣仁2钱为主药，头痛为主者加川芎2钱、白芷3钱，有腹胀者加陈皮2钱、枳壳2钱，心跳为主者加柏子仁3钱、五味子2钱，遗精加金樱子3钱、芡实3钱，腰腿酸痛无力为主者加杜仲2钱、牛膝2钱。也可用中成药对症，如肝火盛的用龙胆泻肝丸、琥珀镇惊丸，虚弱的服补心丹等。

二、癔病（歇斯底里）

发病多与精神状态、心情抑郁不畅有关。妇女较多见。

病状

1．癔病抽风和癔病朦胧　突然抽风，两手紧握，口眼紧闭，背弓反张，呼之不应，可持续数十分钟、数小时甚至更久。但无舌咬伤和尿便失禁。

2．癔病兴奋　精神异常兴奋，躁动不安，哭笑无常，乱骂乱喊、乱跑甚至毁坏东西。

3．有的出现肢体瘫痪、麻木、耳聋、失音等，检查常能发现一些不能解释的矛盾，如在炕上可以活动，但不能下地；麻木区多变，且与神经解剖分布不符；两眼全盲，但走路不碰东西；失音而发音器官正常等。

治疗　过去，资产阶级医疗观点只认为癔病因所谓"性格孤僻"、"感情脆弱"等个性引起，对病人采取歧视、冷淡态度，使他们悲观失望，加重病情；而阶级敌人、巫医大神更借此大搞封建迷信，骗钱害命，坑害阶级兄弟。

我们是贫下中农的"赤脚医生"，必须怀着深厚的无产阶级感情，过细地做工作，帮助病人用毛泽东思想武装头脑，促进思想革命化。在此基础上给予适当治疗，才能有效地治疗癔病。

1．癔病抽风和朦胧可用强刺激疗法。如针刺人中、涌泉、十宣等穴。醒后可服苏合香丸或其他镇静剂。

2．癔病兴奋可注射苯巴比妥、氯丙嗪等镇静剂。或服朱砂安神丸。

3．暗示治疗往往有效。可用语言与针刺（对症取穴）或药物（穴

位注射少量蒸馏水或静脉缓注葡萄糖酸钙1支）结合进行。例如，对癔病肢体瘫痪，先向病人讲明该病预后良好，可以治愈，然后针刺瘫痪的肢体，边刺激边鼓励其活动。

脑 卒 中

脑卒中又称中风，是指以意识障碍和偏瘫（半身不遂）为主要表现的脑血管疾病。其中以脑出血（脑血管破裂出血）和脑血栓（脑血管血栓形成，使管腔狭窄或闭塞）为常见。多发生于有动脉硬化和高血压病人。有时有情绪激动、饮酒、过劳等诱因。

病状

脑出血，起病急，有头痛、头晕、恶心、呕吐，进而出现说话不清、意识朦胧或昏迷跌倒，呼吸深大，尿便失禁。检查可发现偏瘫和划足底反射阳性。多伴有高血压，脉弦而迟。

脑血栓起病较慢，常先有半身麻木无力，多在睡醒后发现瘫痪加重。较少发生昏迷，病状一般较脑出血轻。

预防 对高血压病及时治疗。病人应戒烟酒，少吃肉类、蛋黄等食物。防治便秘。

治疗 发病期：

1．使病人安静，避免搬动，要送医送药上门。取平卧头侧位，防止呕吐物吸入气管，保持呼吸道通畅。

2．镇静、降压：头晕痛，可作头部冷敷；针刺曲池、足三里、降压沟（耳穴）；或肌注利血平1毫克、苯巴比妥钠0.1克或25％硫酸镁10毫升等镇静降压药，每日2次。

3．止血：对脑出血病人可肌注凝血质、安络血、仙鹤草素等。用10％卤硷20～30毫升加葡萄糖液，每日2～3次缓慢静注，有止血和减轻脑水肿的功效。

4．舒张脑血管：对脑血栓则用脑血管扩张药。如肌注菸酸100毫克，每日1～2次；口服菸酸或菸酰[音先，xiān]胺25～50毫克，或氨茶硷0.1～0.2克，每日3次，可连服至恢复期。

5．减轻脑水肿：昏迷者用25～50％葡萄糖60毫升，每6～8小时静注一次；25％山梨醇250毫升静点或缓慢静注，每日1～2次。

6．中药：人事不省、目定口呆、两手紧握、牙关紧闭、喉间痰鸣、气粗息高、面赤唇红，为实症。治以平肝泻热，如生石决明6钱、夏枯草4钱、龙胆草、僵蚕、地龙、橘红各3钱、菖蒲3钱、肉桂2钱、甘草1钱，水煎服，每日1剂；成药可选牛黄清心丸、至宝丹等。表现目合、口开、手撒、遗尿、手足冰冷，为虚症。可用人参5钱、附子1钱，水煎1次服。

7．营养：不能进食者每日用10%葡萄糖1500毫升加维生素丙500毫克静脉点滴。4～5天后仍不能进食的，经鼻插入胃管注入流质食物（鼻飼）。

8．其他：呼吸、循环衰竭可针人中、中冲、内关穴，肌注可拉明等中枢兴奋药，并作人工呼吸。肌注青霉素预防肺部感染。要定时翻身防止发生褥疮。尿潴留的处理见283页。

恢复期：脑卒中病人经上述治疗，多半在3～5日内逐渐好转或清醒，进入恢复期。

1．同预防项。

2．在新针疗法的配合下，加强瘫痪肢体的功能练习。偏瘫取穴曲池、肩髃、足三里、三阴交、阳陵泉等，失语取穴哑门、听宫、上廉泉等。也可用穴位结扎疗法或服再造丸、小活络丹等。

对偏瘫和失语的治疗，最好坚持半年以上。因为机能的恢复，不仅在于脑内血肿及周围水肿的吸收，而且要靠脑其他部位机能的代偿。我们要怀着深厚的无产阶级感情，耐心细致地治疗病人；同时鼓励病人坚持同偏瘫作斗争，充分发挥主观能动作用。

癫　　痫

癫痫是大脑功能发作性紊乱引起的一组病状，可由脑损伤、感染、肿瘤、囊虫或包虫病等所致（继发性癫痫）。但半数以上的癫痫在临床上查不到病因，且多在20岁前发病（原发性癫痫）。

病状　按癫痫发作的表现不同，分型如下：

1．**大发作**　俗称"羊痫风"。可有恐惧、胸闷等暂短先兆。而后尖叫一声，意识丧失，全身肌肉强直、抽搐，牙关紧闭，常咬破舌唇，呼吸暂停，口唇青紫，口吐白沫，尿便失禁，瞳孔散大；划足底反射

阳性。数分钟后转入昏睡，醒后记不清发作情况。少数病人呈连续发作，进而昏迷、高热、呼吸衰竭，如不积极有效治疗，有生命危险。

2．**局部发作** 一侧颜面或肢体肌肉抽搐或麻木感。严重时可扩展为大发作。

3．**小发作** 呈一过性意识中断，瞪目呆立（坐）不动，呼之不应。过后对发作不知晓，活动照常。

4．**精神性发作** 突然意识混乱，行为失常。如当众脱衣、室内小便、外出乱走等。事后并不知晓。

防治

1．注意卫生，预防绦虫寄生，积极治疗颅内感染和损伤。

2．鼓励病人树立战胜疾病的坚强信心。选择适宜工作，不宜操纵机器、登高、骑马、赶车、游泳等。忌烟、酒等刺激品。

3．尽可能找出病因，治疗病因。

4．发作期针刺人中、涌泉、神门等；间歇期针后溪、风池、内关、哑门、十七椎等。也可用手针疗法。

5．药物疗法：除数月以上发作一次外，均须用抗癫痫药控制发作。

(1) 苯妥英钠0.1～0.2克或扑痫酮0.25克，每日3次；一般配以镇静药如苯巴比妥、利眠宁或氯丙嗪等。应持续用药2～3个月以上，不要突然或过早停药。发作有规律的，在可能发作前用药，如常于夜间发作者在睡前服药。

(2) 明矾3钱、郁金3钱、地龙4钱，研末，每次1钱，每日2次；礞石滚痰丸（制礞石4钱、黄芩3钱、大黄3钱、沉香1.5钱，研末，水泛为小丸），每次1钱，每日2次。

6．发作时处理：使病人平卧头侧位，防止碰跌伤。用毛巾缠筷垫于磨牙间，防止舌唇咬伤。解开衣扣。保持呼吸道通畅。癫痫连续发作时，要守护在病人身旁，及时地用针刺和药物（苯巴比妥钠0.2克肌注，10%水合氯醛30毫升灌肠，副醛5毫升肌注等）尽快把癫痫控制住。

三叉神經痛

三叉神经第一枝支配眼及额部，第二枝支配颊、上唇、上齿槽，第三枝支配下頜、下唇、下齿槽（图9-1）。

三叉神经痛就是指三叉神经支配区发作性剧痛，每次持续数秒至数十秒钟。讲话、咀嚼、洗脸、受凉风或触碰面部可诱发剧痛发作。

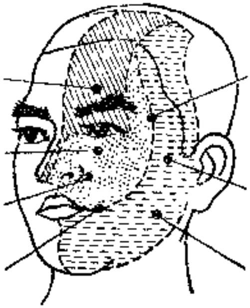


图 9-1 三叉神經第一、二、三枝支配区及三叉神經痛治疗常选穴位
斜綫区——一枝；点区——二枝；断綫区——三枝

治疗

1．新医疗法：

(1) 新针：按疼痛部位选穴。主穴：下关透頰车、四白透巨髎、地仓、太阳、风池等，备穴：合谷、足三里、列缺等。

(2) 耳针：选下頜、上頜、神门等耳穴。

(3) 手针：见第五章。

(4) 穴位注射：95%酒精0.5毫升加1%普鲁卡因1毫升，作下关、地仓等穴位注射。

(5) 穴位点药：红矾3钱、荜拨2钱、芥子1钱，研末；透骨草1.5钱及干红辣椒2个，分别用75%酒精浸泡。4小时后取浸出液调药成糊状。在疼痛范围内选穴及触碰可诱发疼痛处点药，范围如豆粒大，药干可点上清液，一日2～3次。涂药处发红、起泡不必处理，如有感染可涂紫药水或红汞，愈后无瘢痕。注意勿使药淌入眼和口内。

2．选用苯妥英钠、卤硷、氯丙嗪、安乃近、索密痛、阿斯匹林等镇静止痛剂。各药效果因人而异。

3．当归3钱、苍耳子3钱、川芎2钱、细辛1钱，水煎服；天麻3钱、夏枯草3钱，每日1剂，水煎分2次服。

4．少数疼痛顽固者需行三叉神经酒精封闭或切断术。

面神經麻痹

面神经麻痹又称面瘫或口眼歪斜，多是受风寒或风湿后发生的面神经炎症。

病状 起病快。有时感耳下、耳后胀痛。出现病侧面肌瘫痪，表现为面颊动作不灵，鼻唇沟变浅，口角下垂并歪向健侧，鼓气、吹哨和露齿困难，眼裂大而闭不严。

治疗

1. 新针：主穴：地仓、太阳、合谷；备穴：阳白、迎香、下关、颊车等。

2. 病侧面部贴敷。如用芥末面水调成糊及鳝鱼血等贴敷。病侧湿热敷及按摩也有效。

3. 僵蚕、白附子、全蝎等分研末，每次1钱，日服2次。蔓荆子、僵蚕、防风、南星、天麻各3钱，水煎，黄酒引服，每日1剂。維生素乙$_1$ 20毫克，日服3次；乙$_{12}$每日肌注100～500微克。

4. 眼的保护：戴眼罩或用胶布粘合病侧眼睑，防止灰砂入眼引起眼部炎症。必要时涂消炎眼膏，用生理盐水洗眼。

急 腹 症

以急性腹痛为主症的腹部疾病，总称为急腹症。这类病起病急，发展较快，因此需要及时处理。

急腹症包括腹内消化、泌尿和女性生殖三个系统器官的炎症、梗阻、损伤、穿孔等病变。诊断上可能比较复杂，但只要掌握它们的要点，就能认识清楚。为了便于认识，在这里按腹痛的部位，介绍比较常见的几种急腹症疾病。

一、急性弥漫性腹膜炎（全腹痛）

腹膜炎绝大多数是由腹内某一脏器的炎症发展而形成的，如急性阑尾炎、胃十二指肠溃疡穿孔等，一部分则可因腹部损伤或出血等引起（图 9-2）。炎症开始时在腹腔的某一部分，叫做局限性腹膜炎，以后可发展到腹腔的大部分，叫做弥漫性腹膜炎。

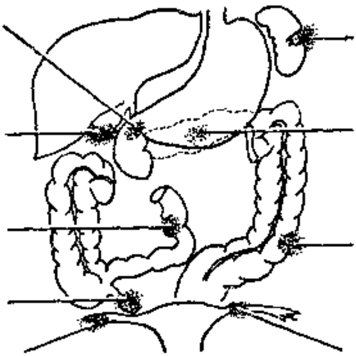
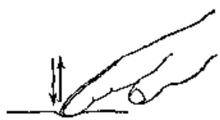


图 9-2 急性弥漫性腹膜炎的起源

病状 持续的腹痛，恶心呕吐，因痛而不敢活动、不敢深呼吸或咳嗽。查体有腹膜刺激征：腹部有触痛，腹肌紧张（发硬）以及反跳痛（按腹壁，突然抬起手而引起一次剧痛，图 9-3）。肠鸣音消失或微弱。

局限性腹膜炎时，腹痛和上述腹部体征局限于腹部的某一部分。弥漫性腹膜炎时，腹痛和体征扩展到腹部的大部分。腹膜刺激征最突出的部位，往往就是病因所在的部位。例如阑尾炎穿孔的腹膜炎以右下腹最重。腹膜炎严重时，体温增高，脉沉数或细数，眼窝内陷，口唇发干，甚至发生休克。


图 9-3 压痛和反跳痛
箭头向下——压痛
箭头向上——反跳痛

处理

1．早期治疗阑尾炎、胃十二指肠溃疡等，避免它们发展成腹膜炎。

2．弥漫性腹膜炎病人应禁饮食。注意脉搏、血压。脉细数者应即静脉注射 25～50% 葡萄糖 100 毫升，或点滴 5～10% 葡萄糖 500 毫升。护送病人到医院治疗。

3．局限性腹膜炎根据病情轻重留家或送医院治疗。

二、急性阑尾炎（右下腹痛）

在急腹症中，阑尾炎常见。此病属于中医学的“肠痈”范围，病人常因疼痛而不把右髋伸直，有“缩脚肠痈”之名。

病状 以右下腹痛为主症。但病起多先觉上腹或脐部痛，恶心呕吐；然后腹痛转到右下腹。体温正常或微热，右下腹有一处触痛点及反跳痛，腹肌较紧张。阑尾炎症扩展或发生穿孔，就出现局限性或弥漫性腹膜炎症状。有的病人抵抗力较强，腹膜炎只局限于右下腹，形成阑尾脓肿，此时右下腹有一境界较清、触痛明显的肿块，体温可增高。

阑尾炎在妇女须与右侧输卵管炎或宫外孕区别（参见后表）；在儿童须与肠蛔虫病区别；在夏秋季须与肠炎、肠伤寒穿孔等区别。

治疗

1．初起，未发展成腹膜炎时，可采取针刺加药物的疗法。

针刺：阑尾穴或足三里，重刺，每日2～4次，每次留针20～30分钟，连针3日。

药物：肠痈方剂（清热、散结、解毒）均可。例如先用生大黄3钱、蒲公英5钱、桃仁3钱、冬瓜仁5钱、牡丹皮3钱、芒硝1钱（冲），每日1剂，分2次服，连服3日。（腹泻3～4次后，可将生大黄改为制大黄或更减芒硝。）继用败酱草5钱、薏苡仁1两、附子1钱，每日1剂，分2次服，连服2～3日。不用中药可肌注青、链霉素，但效果较差。

治疗期间，应吃清淡易消化的饮食，注意病情变化。

2．有腹膜炎时，应即送医院治疗。

3．阑尾脓肿也可采取1项的疗法，同时用炒盐包或热水袋等温敷腹部。治疗期间，如发现体温增高、肿块扩大或腹痛加重，应即送医院治疗。

三、胆道蛔虫病（上腹痛）

蛔虫钻进胆总管，或者更进入肝管、胆囊或胰管，刺激胆胰管括约肌，同时带进肠道的细菌，引起胆道蛔虫病。

病状 突然腹痛，象有东西钻顶“心口窝”（剑突处），恶心呕吐，

可吐出苦胆水或蛔虫。上腹痛是发作性的，发作时病人手捧上腹，转侧不安，间歇期间腹痛缓解、病人安静，隔些时间又再发作。这是胆胰管括約肌一阵阵痉挛的反映。早期腹痛虽然很急，但查体时多只有剑突下或其右下有轻度触痛，体温不高。

由于感染发展，腹痛可变成持续而有阵发的加重。查体时右上腹有触痛、腹肌紧张，或可触到肿大胆囊（圆形、有弹性和触痛），体温增高，表示引起胆囊炎。或者腹痛同时向背脊放散，上腹中间或偏左有触痛，脉细数，病人出冷汗，可发生休克，表示引起胰腺炎。

治疗

1．早期阵发上腹痛，体征轻微。常用下列方法治疗：

（1）针刺：足三里配中脘（或巨阙[音却，què]）；或右侧肝俞、胆俞；或迎香、四白、人中；或耳针肝胆、交感；任选一组，重刺，每日3次。

（2）服酸性物：食醋1两加水等量（醋精应配成1.5％的100毫升）；或阿司匹林粉1克，浓茶水送服；任选一种，每日2～3次。

（3）中药：槟榔6钱、苦楝皮1两、厚朴3钱、木香2钱、使君子1两（打碎），水煎，每日1剂，分3次服。也可用其他方剂。

（4）解痉：肌注阿托品0.5毫克或静注5～10％硫酸镁10毫升。

（5）除服中药外，用其他方法后都应继用驱蛔药。

2．上腹痛已转为持续性，腹部触痛明显，表示感染较重，应即送医院治疗。

四、胃十二指腸潰瘍穿孔（上腹痛）

溃疡穿孔，胃十二指肠的内容进入腹腔，可迅速引起弥漫性腹膜炎。它的特点是：

1．多有慢性胃痛史，发病前胃痛接连地发作或饮食不当。

2．突然发生剧烈腹痛，与过去胃痛不同，而且腹肌抽紧、有透气感。

3．查体发现腹膜刺激征显著，尤其是腹壁硬如木板。肝浊音区消失或缩小（由于右膈下有气体）。

处理原则同腹膜炎。

五、急性肠梗阻（中腹痛）

肠梗阻相当于中医学的“肠结症”或“关格”，是指肠内物质不能正常运行。其原因较多，农村比较常见的是蛔虫结团、肠扭转、腹部手术后肠粘连以及小儿肠套迭[音蝶，dié]等（图 9-4）。

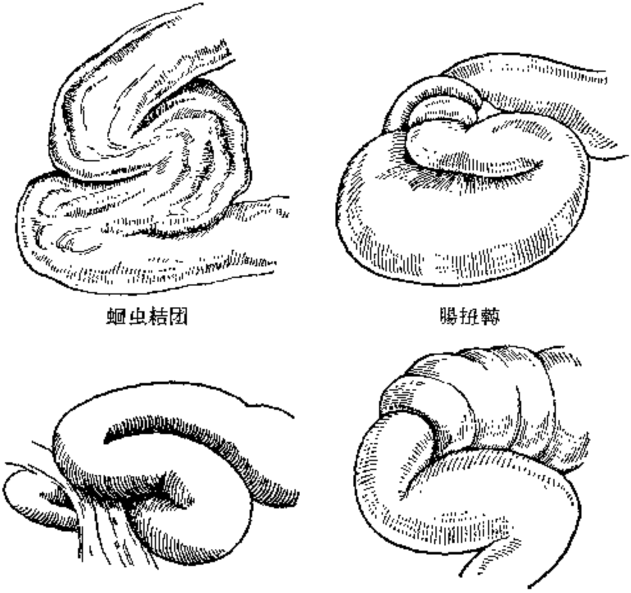


图 9-4　急性肠梗阻

病状　病因不同，各种肠梗阻病状有所不同，但又有共同点：发病时脐周围痛，阵发性（在幼儿阵阵哭叫）；恶心呕吐，吐物中含苦胆水。腹胀便秘，排屁中止；查体腹部并无腹膜刺激征，主要是肠鸣音增强，有气过水声（象用麦杆在水里吹气的声响）。有的病人腹部可出现肠蠕动波形（肠型），有的腹部明显膨胀。

肠梗阻到后期，病人吐粪水，口渴、烦躁，腹痛变成持续性，肠鸣音呈叮咚声（象水滴入水壶的声响）。更严重时，可出现休克、腹膜炎等。

治疗

1．肠梗阻早期，腹痛和呕吐不剧烈，脉有力，腹部无腹膜刺激症状，可用下列疗法：

(1) 禁饮食。每日静脉点滴5％葡萄糖1000～2000毫升，生理盐水500～1000毫升。

(2) 口服生豆油（或花生油）2两，每日2次。或大黄、厚朴、芒硝（冲）各3钱，浓煎150毫升，每日2次口服。

(3) 莱菔子1两，煎水200毫升，灌肠，每日2次。

(4) 经鼻插胃管抽出气体和液体，可减轻腹胀、呕吐。

2．病人有明显消耗、吐粪水、脉细无力或腹膜刺激征等任何一二项病状，应护送到医院治疗。

常见急性腹痛疾病简表

腹痛部位		腹痛性质	伴随症状	疾病	诊断的其他根据
全腹		持續性	恶心、呕吐	急性腹膜炎	腹部有弥漫性腹膜刺激征（触痛、腹肌紧张及有反跳痛），腸鳴音消失或微弱
全腹		陣发性	吐、泻	急性胃腸炎	飲食不慎史，腹壁軟，有輕微触痛，水样腹泻、有粘液
上腹	右侧为主	絞痛	恶心、呕吐	胆道蛔虫病	可吐蛔虫，剑突或其右下方可有触痛
上腹	右侧为主	持續性加絞痛	恶心、呕吐，寒热	胆囊炎、胆石症	右上腹有腹膜刺激征，或触到肿大胆囊，可有黄疸
上腹	右侧为主	持續胀痛	恶心、呕吐	传染性肝炎	可有黄疸，肝肿大、有触痛
上腹	中部为主	持續性	恶心或呕吐	胃十二指腸潰瘍穿孔	潰瘍病史，腹膜刺激征（腹肌显著紧张），肝浊音区消失或缩小
上腹	中部为主	持續性	恶心、呕吐	急性胰腺炎	飲食不慎史，腹膜刺激征（腹肌紧张不显著），易发生休克
上腹	右或左	持續性	胸痛，咳嗽，寒热	大叶性肺炎	腹部有触痛，肺部体征改变（叩音浊，呼吸音弱，有罗音等）

续表

腹痛部位		腹痛性质	伴随症状	疾病	診断的其他根据
中腹		絞痛	恶心、呕吐、排气中止	急性肠梗阻	腹胀或有肠蠕动波，肠鸣音呈气过水声，叮咚声
			恶心、呕吐	肠蛔虫病	可触到蛔虫形成的索条状物或灌肠状物，肠音亢进
下腹	右	持續性可陣陣加重	恶心、呕吐	急性闌尾炎	右下腹腹膜刺激征
	右或左	持續性	心慌，无力	宫外孕破裂	月經改变史，貧血，多有休克，局部腹膜刺激征
			寒热	急性輸卵管炎	白带多，两側下腹触痛（低于闌尾）
		絞痛	恶心、呕吐	卵巢囊肿扭轉	腹部肿物（过去可活动），有触痛

外科感染

外科感染是指人体的某些化脓性炎症，它们多是在人体抗病能力的某一环节比较薄弱，葡萄球菌或链球菌等“乘虚而入”而引起。发病后，局部表现是红、肿、热、痛和功能障碍，全身表现常是全身不适、发热等。

外科感染，由较轻微的疖到严重的败血病，都是相互联系着的，可以不断地发展加重。因此，在治疗上我们必须按照毛主席关于**“馬克思主义者看问题，不但要看到部分，而且要看到全体”**的教导，发扬**“完全”**、**“彻底”**的革命精神，精心处置，综合治疗。杜绝由于治疗不当而产生的严重后果，保护广大劳动人民健康，保护建设社会主义劳动力。

一、疖与痈

疖是毛囊、皮脂腺为中心的浅部感染，俗称“火疖”、“疔”等。初期可用碘酒涂抹，也可用拔毒膏、鱼石脂（依克度）贴敷；或用地骨皮炒焦、研末，香油调涂局部。如中心有脓栓形成，可涂抹碘酒后，

以消毒镊子将脓栓拔出，脓多引流不畅时也可切开。注意不可挤压，尤其是唇和鼻部的疖。不然，疖的细菌、毒素被挤入血流，可传播到别的部位，例如面疖受挤，可引起颅内感染的严重后果：病人出现头痛、恶心、呕吐、一侧眼睑肿起、高热、昏迷等。

如疖是多数同时出现，或此起彼伏、反复发生，则称为"疖病"。治疗上除局部处置，忌食辛辣食物，保持皮肤清洁外，全身抗感染治疗。中药清热解毒祛湿，可服消毒饮（双花、地丁、蒲公英、连翘、赤芍、板蓝根各 3 钱，加水 300 毫升，煎至 100 毫升），每天 1 剂，分 2 次服。便秘，加芒硝 3 钱、大黄 2 钱（后下）；小便不利，加赤苓 3 钱、木通 3 钱。也可采用自血疗法，即抽病人的静脉血 5～10 毫升，注入臀部肌肉。

痈是多个毛囊感染，炎症比疖大而深，表现为一块皮肤红、肿、热、痛，有多数脓头，该处皮下组织坏死。好发在后颈部（俗称"砍头疮"）和背部（俗称"发背"、"搭手"）。病人多为老年人，全身反应较重。

治疗早期局部可用 50% 硫酸镁溶液湿敷，也可用鲜马齿苋、蒲公英各 1 两捣烂外敷。已化脓，须切开引流；中央虽有破溃但流脓不畅者，也应充分切开引流。可采用"＋"形或"卄"形切口，坏死组织应尽量清除（图 9-5）。（注意：唇痈不宜切开！）除上述局部治疗外，全身抗感染治疗可用青霉素 40 万单位每日 2～3 次肌注，链霉素 0.5 克每日 2 次肌注。也可选用中药治疗：防风 1.5 钱、白芷 1.5 钱，天花粉、双花、连翘、赤芍、山栀各 3 钱。便秘加瓜蒌仁 4 钱、生大黄 2 钱；尿赤加赤苓 4 钱、车前子 3 钱；口渴加生地 4 钱、生石膏 5 钱；痛甚加乳香 1 钱、没药 1

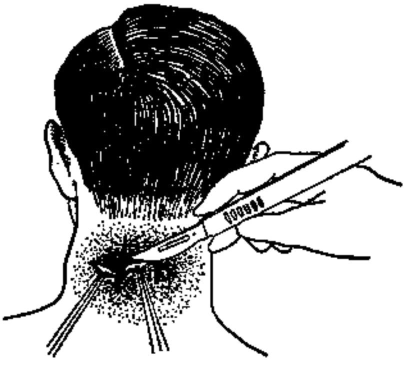


图 9-5 痈切开方法

钱，脓头未破者加皂刺1.5钱、炮山甲1.5钱。

二、蜂窝织炎

蜂窝织炎是指皮下或深部疏松结缔组织的急性化脓性炎症。其临床表现与感染范围、深度有关：浅表部位的蜂窝织炎局部症状明显；深在的蜂窝织炎，外表可能只有微肿和压痛，而全身症状剧烈。晚期局部有脓汁形成，称为脓肿。此时疼痛可稍有缓解，局部出现波动感。脓肿较深，波动感可能不明显，须穿刺抽脓确定。

治疗 抬高病肢，使局部充分休息。早期可用1:5000雷夫奴尔溶液或呋喃西林溶液局部湿敷，或用金黄散调醋外敷。也可用露蜂房1个装满黑芝麻，烧存性研末，加等量樟脑末混和，未破时以黄蜡与清油调敷；已破溃可直接局部撒布。局部形成脓肿，应彻底切开排脓。颌下或颈部的蜂窝织炎，由于肿胀压迫和喉头水肿，可引起呼吸困难，应及时切开引流。全身抗感染治疗见前文疖痈项所述。

三、丹　毒

丹毒是由链球菌侵入皮内引起的急性炎症，发生在面部或小腿的居多。病人突然发冷发热，全身不适。病处皮肤红肿（红色鲜艳，象红墨水涂在局部那样），边缘清楚且稍隆起，扩展很快，有时中心出现水泡，伴有小片的表皮脱落。

治疗 局部可用金黄散调醋外敷，或用1:5000雷夫奴尔湿敷。全身治疗以肌肉注射青霉素（40万单位，每日3次）效果较好。也可按清热解毒法用中药治疗：①板蓝根1两、黄柏4钱、苍术3钱、牛膝3钱，水煎服，适用下肢丹毒；②板蓝根1两、野菊花3钱、苍术3钱，水煎服，适用头面部丹毒。

四、手部感染

手是重要劳动器官，容易受到损伤，也容易引起感染。手部感染得不到及时治疗，感染扩散，可造成严重后果，不仅影响生产劳动，甚至可能危及病人生命。因此，积极预防和治疗手部感染，对保护人民健康、保证生产劳动是有重大意义的。

手部感染较轻阶段，就是化脓性炎症只发生在甲周围组织，通称甲沟炎（沿爪疔）（图 9-6）。炎症限于指甲一侧边缘，有轻度疼痛，红、肿，后期可出现小脓点。不及时治疗，炎症进一步侵到指甲对侧或指甲下面，形成甲下脓肿；甚至侵到手指的深部组织，形成化脓性指头炎（图 9-6）。



1. 甲沟炎



2. 化脓性指头炎



3. 化脓性腱鞘炎

图 9-6　手指感染

手指深部组织化脓感染的临床特点是，红肿不太明显，而胀痛、跳痛十分剧烈，病肢下垂时可使疼痛加重，有时病人因疼痛而不能安眠。这种深部组织的化脓感染如不及时治疗，可进一步导致指骨感染、坏死和腱鞘感染，形成化脓性腱鞘炎（图 9-6）。此时病指除剧痛外，手指呈半屈曲状态，不能伸直，稍加活动则引起剧痛。如病情进一步恶化，则形成手部滑囊炎或掌间隙脓肿，这时全手掌肿痛，手背肿胀尤为显著。应警惕小指、拇指的化脓感染其后果较其他三指更为严重。

严重的手部感染，一方面可通过组织直接向前臂蔓延，形成前臂蜂窝织炎；另一方面也可沿淋巴管向上蔓延，此时在皮肤上出现有疼痛的红线，即淋巴管炎。如细菌自原发感染灶经淋巴管达到淋巴结，可引起相应淋巴结肿大、疼痛，即淋巴结炎，常伴有寒战、发热、头痛等全身症状。严重时如细菌和毒素进入血流而发展，可引起败血病。

治疗

1. 手指感染的早期可按一般蜂窝织炎的治疗办法处理。也可用猪苦胆（连汁）加雄黄0.5～1.0钱，套在手指上。



图 9-7 手部感染背侧切口位置



图 9-8 手部感染掌侧切口位置

2. 形成脓肿，则应切开（图9-7,8）。注意：化脓性指头炎不可等待出现明显波动才做切开；如果经早期非手术治疗不见好转，疼痛剧烈，即使脓汁不多，切开也有好处。切口不可在手指正中，应在指的两侧；有时为引流通畅，可将切口贯穿指端，直达对侧，构成对口引流，注意不要损伤神经、血管。感染侵到腱鞘，切口应选在手指基节的两旁，切开后进行适当清洗，引流物放在皮下，不可放在腱鞘或滑囊内。

3. 全身抗感染治疗可用青、链霉素注射（量同痈的治疗），或口服磺胺噻唑1.0克加等量碳酸氢钠，每日4次，首次量加倍。也可用以清热解毒凉血为主的中药治疗：地丁4钱、野菊花2.5钱、双花3钱、连翘3钱、丹皮2钱、生地6钱、黄芩1.5钱、赤芍3钱；毒盛加黄连1钱、大青叶5钱；出脓不畅加皂角刺3钱。

五、急性乳腺炎

急性乳腺炎，也叫“乳痈”，多发生在哺乳期，以初产妇多见。化脓性细菌可从裂开、剥破的乳头侵入，初产妇发病主要因为乳汁淤积（乳房胀满），造成乳腺的化脓性炎症。

病状 初期乳房局部疼痛、压痛，有肿块，皮肤发红发热。全身发冷发热。炎症继续发展，促使疼痛加剧呈搏动性跳痛，脓肿形成时局部可有波动感。常伴发病侧腋窝淋巴结炎。

防治 在妊娠期和哺乳期应经常用温水或肥皂水擦洗乳头；如乳头内陷或出现裂口，应暂停哺乳，并将乳汁吸尽。每次喂乳也应将乳房排空，以防乳腺炎的发生。

乳腺炎早期，应将病侧乳房托起，热敷。也可用鲜马齿苋捣成糊状外敷，或用金黄散调醋外敷，或蒲公英、紫花地丁各1两，水煎服。也可用背部皮内针治疗（见新医疗法节）。局部形成脓肿，应切开引流，切口呈放射状（与乳腺管一致），乳腺后脓肿应在乳房下做弧形切口（图9-9）。

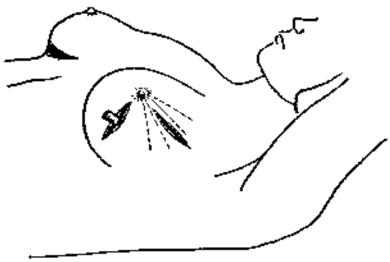


图 9-9 化脓性乳腺炎切开位置

全身抗感染治疗，除前面介绍方法之外，可用桦树皮烧存性研末，每日2次，每次1钱，黄酒冲服。

六、败血病（全身化脓性感染）

化脓性细菌或其毒素由原发病灶侵入血液循环，引起全身性反应，叫全身化脓性感染，通称败血病，中医学称为"疔疮走黄"。如化脓菌侵入血液循环后，在身体其他部位形成化脓性病灶，则叫脓毒败血病。这种病很危险，如不及时治疗，病人可在短期内死亡。

病状 有外科感染的病人，突然出现高热、寒战、头痛、恶心、呕吐、烦躁不安以至昏迷等表现。检查病人常见有贫血、出血疹或黄疸，身体其他部位有转移性脓肿、肝脾肿大等体征，有时尿内可有蛋白，应想到败血病。

治疗 败血病的发生有二个因素：一是大量细菌或毒素入血；一是病人抗病能力减弱。因此，预防本病一方面必须提高病人的全身抗

病能力；一方面还应及时、正确处理各种化脓感染疾病。在败血病的治疗上同样应从这两方面入手，从发病的各环节出发，采取综合治疗措施。

1．局部治疗：应早期、彻底处理局部感染病灶。形成脓肿要及时切开排脓，清除坏死组织，保持引流通畅。

2．全身治疗：卧床休息，给予富有营养、容易消化的食物。为提高病人的抗病能力，加速排除毒素，应进行补液：每日2000毫升左右，其中⅔为5～10%葡萄糖液，⅓为生理盐水。同时也可应用卤硷静脉滴入，适当补充維生素。必要时可少量多次输血，每次100毫升左右，尤以输入新鲜血液为佳。

抗菌素可采取联合应用的方法。如青霉素、链霉素联合应用，链霉素、四环素联合应用等。每种抗菌素的用量可较一般情况下偏大(如青霉素可用80万单位，一日3次肌注)。为了取得更大更快的疗效，抗菌素多采用静脉给药，如四环素、金霉素、红霉素等加入相应液体中静脉滴入，有时也可将氢化可的松加于葡萄糖液中静脉滴入，每日剂量200～300毫克。

3．中草药：按疽毒内陷以清热解毒凉血施治，可服用解毒合剂：双花4两、蒲公英2两、地丁2两、败酱2两、重楼1两、甘草5钱。如病人神志不清，可加菖蒲3钱、牛角腮2钱吞服；大便不通，加大黄3钱。口渴，加麦冬3钱、花粉4钱；高热加生石膏1两、栀子3钱。

对败血病的治疗过程，要求我们耐心、细致、认真，根据当地条件选用各种方法。如果本地条件不许可，应将病人及时上送，以防延误治疗，加重病情。

慢性腰肢痛

慢性腰肢痛是劳动人民常得的疾病。过去，刘少奇反革命修正主义卫生路线只为城市老爷服务，对于象慢性腰肢痛这样的多发病、常见病，怎样预防和怎样改进治疗，置之不顾。资产阶级“权威”用反动的唯心主义形而上学观点，把慢性腰肢痛定为“不治之症”。有个地质勘探队员，因工作中三次摔伤，引起腰肢痛，八年来头不能伸、腰不能直，痛苦异常。他曾多次到过几个大城市十多个医院治疗，每次都

失望而归。一个资产阶级“权威”对他说：“你这个病，在国内外都是难症。唯一办法，是做钢架固定。”就这样，多年来这个勘探队员，白天黑夜都穿着一个2斤重的钢架背心，不能参加劳动。在无产阶级文化大革命中，中国人民解放军医务人员，高举毛泽东思想伟大红旗，坚决执行、捍卫毛主席无产阶级卫生路线，活学活用毛主席哲学思想，推翻了资产阶级“权威”判为“不治之症”的结论，成功地创造出“水针疗法”治疗慢性腰肢痛的新经验。那位被资产阶级“权威”上了钢架固定的勘探队员，经过水针治疗，扔掉了折磨他多年的钢铁背心，重返战斗岗位。这一事实，深刻地说明不同的政治路线产生不同的后果。也证明了人的思想革命化了，不断地总结经验，有所发现，有所发明，有所创造，有所前进，所谓“不治之症”都会变成可治之症，可防之病。

腰痛、腿痛、肩痛等有许多病因。这里所介绍的，主要是指慢性劳损、受寒、受潮等引起的腰肢痛，不包括骨关节结核和畸形、肾炎、肾结核、盆腔炎等引起的腰肢痛。慢性腰肢痛通常较多发生于中年以后。

病状和诊断 腰、膝、肩、背等部位有钝痛、酸痛，有的人疼痛可转移游走，有的因痛而运动稍受限制，有的觉肌肉无力或动作不灵活。症状多在阴雨、寒冷、受潮湿或劳动后加重。查体时，除有局部痛点外，其他体征不明显。病人可有长期慢性损伤或反复损伤史。

为了同肾炎、结核病等的腰痛区别，必须注意过去有无结核病、水肿、排尿异常、白带等病史，仔细检查心、肺、腰部、脊柱、关节等。

按祖国医学辨证原则分类：

1. **风痛** 疼痛游走，痛的关节伸展不便，怕风，舌苔白，脉浮或弦。治疗以祛风通络为主。

2. **寒痛** 疼痛固定，遇寒加剧，得热减轻，舌苔白，脉沉弦。治疗以散寒止痛为主。

3. **湿痛** 肢体有沉重感麻木感，活动不灵活，舌苔白腻，脉濡缓。治疗以利湿活络为主。

4. **虚痛** 腰腿酸痛无力，肌肉松弛，但活动自如；失眠，脉细。

治疗以补气血、强筋骨为主。

5．**热痛** 恶寒发热，局部关节肿痛，屈伸不利，口干苦黄，脉浮数。治疗以清热祛风燥湿为主。

防治

1．劳动、锻炼身体时适当注意身体姿势，劳动间歇休息时适当活动腰部和四肢，出汗后避免着凉。在野外宿夜，避免受寒受潮。有感染及时治疗。

2．针灸、拔罐：风痛宜针刺，寒痛、虚痛宜灸，湿痛宜拔罐。腰部取肾俞、大肠俞、阳关、命门、八髎等，膝部取膝眼、阳陵泉、膝上等，肩部取肩髃、曲池、外关等，上肢取曲池、合谷、外关等。

3．水针：找痛点，腰痛在腰椎及骶骨两侧，肩痛在肩胛上、后面（见图5-36）。注药一般可用5～10％葡萄糖5～20毫升（看肌肉厚薄而定）或内加維生素乙$_1$，风湿痛宜加防风、川芎注射液或复方氨基比林，寒痛宜用生姜注射液或1％风硷，虚痛宜用当归注射液或葡萄糖液。热痛不宜水针。

4．中药：

（1）穿山龙1两、白酒半斤，浸泡7天，每次喝1盅，每日2次。

（2）老贯筋1两、钻地风1两，水煎，黄酒引下。

（3）风痛用豨桐丸（片），或防风3钱、羌活2钱、当归3钱、秦艽4钱、姜3片，每日1剂，黄酒引。寒痛用小活络丹，或桂枝2钱、附子3钱、白芍3钱，酒炒絲瓜络5钱、甘草2钱，每日1剂。湿痛用薏苡仁1两、姜黄3钱、当归、苍术各2钱、生姜3片，每日1剂水煎服。虚痛可用六味地黄丸或肾气丸。热痛用忍冬藤6钱、炒苍术2钱、黄柏3钱、防风3钱、秦艽3钱，水煎服。此外可按部位加用药：上肢痛加威灵仙3钱，下肢痛加牛膝3钱、木瓜4钱，腰痛重加桑寄生3钱。

5．推拿按摩：

肩关节痛有两种推拿方法：（1）病人仰卧，在肩前缘（三角肌前缘）施㨰法，并配合肩外展及上举被动运动5分钟，然后嘱病人俯卧，同样在病肩后缘（三角肌后缘）施㨰法，并配合病人上肢由外向

前伸展被动运动，約5分钟；(2) 病人正坐，在病肢（以肩髃、臂臑、曲池、合谷等穴为主）用拿法，并配合摇肩关节被动运动。

腰部扭伤和劳损可用三扳手法推拿治疗（详见170页）。

踝部扭伤推拿疗法：病人仰卧或坐着，医生扶踝部，一手在丘墟、商丘穴施按揉法2～3分钟。随后于踝关节施滚法3～5分钟。踝关节外侧伤先按阳陵泉，后按丘墟穴，再揉搓自丘墟向上至阳陵泉；內側伤先按阴陵泉，后按商丘穴，再揉搓自商丘向上至阴陵泉。也可一手握病足跟腱，另手握趾端（嘱病人放松）、先缓慢拔伸病足，后作突然极度背屈动作（手法须适宜），再轻摇、揉搓踝关节数分钟。

6. 其他：鼓励病人在症状缓解后活动鍛炼，局部按摩（如腰痛者每天早晚用手掌搓揉腰部40～50下），虚痛者更应练习背肌（俯卧时作抬头、翘腿使身体成反弓状）。痛处也可贴万应膏、伤湿止痛膏之类（虛痛者不必用）。镇痛也可用镇痛片、可的松之类，但只有一时的效果。

7. 上述治疗无效时，应进一步检查，研究病因。

肛門部疾病

肛门部包括直腸下端和肛管，是排便通道，容易发生疾病。俗话说："十人九痔"，可见肛门部疾病是十分多见的。较常见的肛门部疾病包括痔、肛门周围脓肿、肛瘘、肛裂等。

一、痔

在直腸下端近肛门处有一环行锯齿状粘膜皮肤分界线，叫齿状线。直腸粘膜下面有丰富的靜脉，这些靜脉发生曲张而形成蓝紫色疙瘩，就是痔。痔分內痔、外痔、混合痔。发生在齿状线以上粘膜部的叫內痔，发生在齿状线以下皮肤部的叫外痔，二者同时存在的叫混合痔。痔的初期多无明显症状，病人就医多因排便后滴鲜血，或有肿物由肛门脱出（多为內痔）；或因肛门部疼痛、起一小肿物（多为外痔，內有血栓形成）。

治疗

1. 通便、坐浴：是痔的基本治疗方法，适用于各种痔的治疗。

大便干燥可适当口服缓泻药物，使大便通畅。常用缓泻药如：番泻叶2钱水煎服，每日2～3次；蜂蜜口服，不拘量；双醋酚汀10～15毫克或石蜡油20～30毫升每晚1次口服。坐浴可用普通热水，也可在水中加入少许食盐，或用1:5000高錳酸鉀或1:100～200芒硝液。

2．挑痔：适用于内痔发炎（肿、痛）。在病人背部找到"痔点"（多在中下部、似丘疹，针帽大小，略带色素。应和痣、色素斑、毛囊炎相区别）。消毒后，用粗针挑破表皮，从深处挑出白色纤維物，直到挑尽。外贴胶布，每次挑一个痔点。

3．注射疗法：内痔可注射硬化剂。如将5%鱼肝油酸钠注入痔内的粘膜下，每个0.2～0.3毫升，一次注射2个。隔2周，还可注射1～2个。不能多注射，以免形成肛门狭窄。

4．上列疗法不能治愈的痔，可采用手术治疗。

二、肛門部炎症疾病

肛管部容易受粪便内的细菌侵入和损伤（如粪便干燥时），而发生感染。轻微的炎症向肛管皮下扩展，形成慢性溃瘍，就是肛裂。较重的炎症侵到肛管周围组织，引起急性化脓性感染，称为肛门周围脓肿。肛门周围脓肿破溃或切开引流后，如感染灶不能同时除掉，形成慢性炎症性瘘管，就是肛瘘。

病状

1．**肛裂**　排便时剧烈疼痛，便后更重。有时可少量出血。检查肛门、可见肛门（多在尾骨侧）有陈旧裂创，外面常有一小皮瓣，象外痔，应予区别。

2．**肛门周围脓肿**　病人全身不适，发冷发热。局部痛、红、肿，有时出现波动感。如炎症位置深，肛门外表现不明显，需作直肠内指诊帮助确定，此项检查可引起剧痛，故动作要轻巧。

3．**肛瘘**　检查时肛周皮肤可见瘘外口，有脓液或粪便流出，瘘口经久不愈。触诊常可摸到硬索状组织通向肛门。有的病人有多个瘘管或分枝状瘘管（复杂肛瘘）。

治疗

肛裂多可用通便、坐浴、手针、挑痔方法治疗。如肛裂较深，上

述方法治疗不愈，可在局麻下予以切除。

肛门周围脓肿早期可用通便、坐浴，全身抗感染等方法治疗，已形成脓肿则应切开引流。形成肛瘘后，直而短的瘘管，可用挂线疗法：在局麻下以探针自瘘外口探入，并将探针自内口引出肛门外，将一胶皮筋缚在探针上，抽出探针将胶皮筋引入瘘管而自肛门拉出。将外口至肛门间的皮肤少许切开，再将胶皮筋拉紧用线结紮，使嵌在切

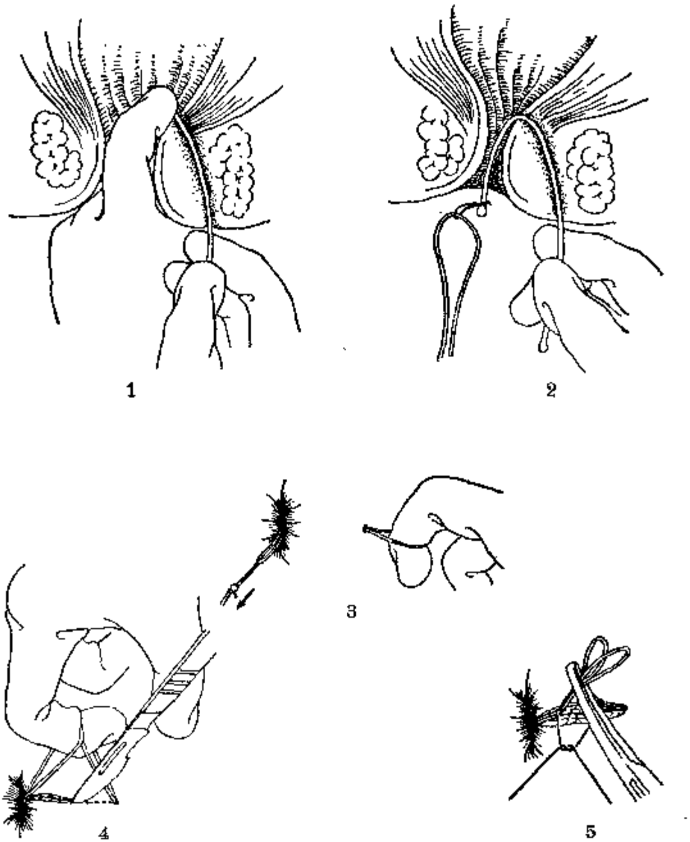


图 9-10 肛瘘挂线疗法操作步骤

开的创口中（图9-10）。要求股皮筋在3～7天内脱落，期间可紧线1～2次。分支多的距肛门较远的瘘管，可手术切除。

下肢静脉曲张

下肢浅静脉的静脉瓣失灵，致使静脉血在人体站立时倒流、长期郁血，造成下肢静脉迂曲、扩张，称为下肢静脉曲张。本病在劳动人民中较多见。

病状 下肢的大、小隐静脉走行迂曲、扩张，形成很多"筋疙瘩"。病人自觉久站后病肢沉重、麻木不适，有酸胀感。病久则因病肢组织营养较差，而引起下肢溃疡，俗称"臁[音廉，lián]疮腿"。溃疡日久不愈，皮肤色素沉着。有少数病人可合併感染引起静脉炎，或曲张静脉破裂引起出血。

治疗 早期应用綁腿或弹力绷带包紮病肢，防止病变发展。静脉曲张严重时，可手术治疗。对併发小腿溃疡者可用密陀僧、铜绿、炉甘石、乌贼骨各3钱研末，香油3两。白蜡1两溶化，调药外敷，每1～2日更换一次。也可用鸡骨头焙焦研末，香油调敷。或用香油3两，蜂蜡1两做成油纱布包紮。待感染控制，溃疡好转后再做静脉曲张手术治疗。

腹　外　疝

健康人体腹壁是完整的，不会发生内脏向外突出。当人体腹壁有某一薄弱部分，在增大的腹压下，致使腹内脏器通过此薄弱部分向外突出，进入皮下，则称为"腹外疝"。常见的腹外疝有：腹股沟斜疝、股疝、小儿脐疝。

一、腹股沟斜疝

腹股沟斜疝（简称斜疝），俗称"小肠串气"，是腹腔脏器（主要是小肠）通过腹股沟管薄弱部分向外突出，进入腹股沟处皮下或阴囊内形成的疝。此病多见于男性。

病状 初起，在腹股沟部内侧，耻骨上方出现一个包，当站立、咳嗽时出现和增大，平卧或用手托揉时可以消失（还回腹腔）。肿物

柔软，有轻度隆痛不适。以后肿物逐渐增大，落入阴囊，隆痛也更明显，妨碍劳动和行走。如肿物不能回纳，局部出现疼痛，且伴随出现呕吐、腹胀、排便排气停止，这时叫做嵌顿疝，是急性肠梗阻的一种病因。

如果有类似的可还回的肿物，但在腹股沟韧带下大腿根部出现，且局部疼痛较为明显，就是股疝。股疝多见于40岁以上的妇女，与斜疝不同。

治疗 1岁以内小儿，使疝还回后在局部加以适当压迫，可用布带折成双层，折端紧压疝块突出处，另一端从腰后绕到腹部，套入折端收紧，然后绕过会阴，在腰后打结（图9-11），可能随发育而自愈。5～12岁的儿童如斜疝不甚严重，也可试用针刺治疗：取归来穴针刺（针与腹股沟平行，针尖向下），每日1次。年老体弱或有较严重其他疾病者，可用疝带压迫局部，使肿物不脱出，以减轻症状，有利于劳动和生活。一般斜疝较大者可做疝修补术，效果良好。疝发生嵌顿，早期给病人肌注苯巴比妥钠0.1克，局部温敷，试用手法还纳。还纳不可用暴力。还纳不成，即送医院治疗。

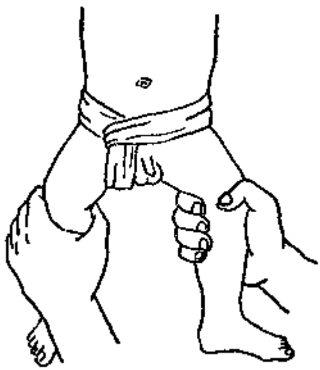


图 9-11 小儿腹股沟斜疝布带压迫法

二、小儿脐疝

小儿脐疝是因脐部发育不良，或因疤痕薄弱，在腹压增加情况下发生。表现为脐部在增加腹压（如哭啼）时有肿物突出，肿物柔软，可以还回，还回后局部可摸到有缺损空隙。

治疗 1岁以内脐疝可用棉布包垫硬纸片或硬币，压迫脐部，外用宽带固定，常能随发育而愈。

肿　瘤

肿瘤属于人体某一部分组织的过度增生，但不同于炎症的增生。病因和发生机制尚不清楚。人体各部组织都能发生肿瘤，按其发生、发展、表现和对人体的危害程度等，将肿瘤分为良性、恶性两大类。

一、良性肿瘤

良性肿瘤生长缓慢，和四周组织的境界清楚，一般对全身影响不大，不发生转移。常见的良性肿瘤有：

1. **脂肪瘤**　多见于背、肩、臀部等处，生长慢，质软而呈分叶状，与皮肤不粘连，活动性好，有时可以多发。

2. **纤维瘤**　体表各部都可生长，尤以乳房多见。质硬，常为圆形，边界十分清楚，与皮肤及基底均无粘连，活动性良好。

上述良性肿瘤，均可手术切除(图9-12)。

另外还有两种圆形肿物，与脂肪瘤、纤维瘤很相象，但更为常见。

1. **粉瘤**（皮脂腺囊肿）　多发生在面部、头、颈、背部等皮脂腺丰富的地方，软，与皮肤粘连，但基底不粘连。有时可伴发感染化脓。未感染的粉瘤，可以切除，感染者应待炎症消退后再切除。

2. **腱鞘囊肿**　多发生在手腕背面或足背面等肌腱集中的地方，较硬，与皮肤不粘连，可与腱相垂直方向移动。内容物为胶冻状。治疗的方法，早期可用力把它挤压破、揉散，并作热敷；也可用针刺破，再加热敷。以上处理无效时，可手术摘除。

二、恶性肿瘤

恶性肿瘤是一类严重危害广大劳动人民身体健康的疾病。过去，在刘少奇反革命修正主义卫生路线统治下的老爷医院，经常把患恶性肿瘤的劳动人民判为“不治之症”，推出门外不管。无产阶级文化大革命中，在伟大领袖毛主席医疗卫生路线的光辉照耀下，广大革命医务人员以毛泽东思想为武器，批判了资产阶级的医疗思想和形而上学观点，发扬敢想、敢干、敢革命的大无畏精神，创出了许多医治恶性肿瘤的新方法，为变“不治之症”为可治之症开辟了新的途径。我们深

信，用战无不胜的毛泽东思想武装起来的中国人民，一定能在不远的将来，攻克恶性肿瘤这个顽固堡垒，在医疗卫生事业上为世界革命做出新的贡献。

恶性肿瘤包括癌和肉瘤两类，前者多见于老年人，后者多见于青少年。恶性肿瘤生长较快，破坏周围组织，与周围组织境界不清，对全身影响很大，可造成消瘦、贫血、恶液质，危及生命。肿瘤容易转移，容易复发。常见的恶性肿瘤有：

1．**子宫颈癌** 多见于绝经期前后的妇女，早期可有合房后阴道出血，晚期出现不规则阴道出血，有时呈高粱米汤样，有恶臭。阴道检查见宫颈凸凹不平，呈菜花状(俗称“倒开花”)，硬而脆，易出血。

2．**乳腺癌** 多见于成年妇女，早期为乳房内单发的无痛性肿块，质坚硬。因此，凡妇女乳房出现无痛的肿块，应当注意。晚期肿块固定不动，表面凸凹不平，可使乳头内陷，局部皮肤呈桔皮样，最終肿瘤破溃呈菜花状，流血性分泌物，恶臭。同侧腋下或锁骨下淋巴结肿大。

3．**胃癌** 男性多见。早期可表现厌油腻饮食，饭后胃部不适，或呈持续性钝痛，嗳气，消化不良，食欲减退等，病人逐渐消瘦。这些胃部症状，不象胃炎和溃疡病那样时重时轻，而是慢慢地加重。因此，遇到老年的慢性胃病病人，经过一段治疗不好转反而逐渐恶化，应提高警惕。后期在上腹部可摸到凸凹不平的硬性肿物，肿物开始尚可移动，晚期变成固定，并有左锁骨上淋巴结肿大，饭后腹胀、呕吐、便血（柏油样便）等。X线钡餐检查有助于早期诊断。

4．**肝癌** 初期病人常有食欲不振、消化不良、恶心等症状。以后可有右上腹胀痛，并能摸到肿块。肿块凸凹不平、坚硬、轻度压痛、不活动。晚期出现不规则发热、腹水，病人极度消瘦，贫血，有时出现黄疸，呈恶液质状态。肝癌的早期发现，在农村基层的条件，主要靠肝脏触诊。凡肝脏硬，而且慢慢增大，应嘱病人去医院进一步检查诊断。

5．**食管癌** 40岁以上男性多见。病人早期进食不畅，继而咽下困难，逐渐加重，最后连饮水也感困难。全身消瘦，锁骨上淋巴结肿大。早期发现主要是注意进行性咽下困难。

防治 对于恶性肿瘤我们医务工作者必须以认真负责的精神，力争早期发现、早期治疗。如遇有疑似恶性肿瘤的病人，要及时送往医院做详细检查确诊，以免延误诊治。

病情不适于手术治疗或术后又复发者，则可采用非手术疗法。目前非手术疗法较多，简单易行的方法有：

1．取活虎斑游蛇（俗名“野鸡脖子”）一条，黄酒（1斤）中浸泡24小时后，饮酒。每日2～3次，每次1盅。以饮酒后病人自觉手

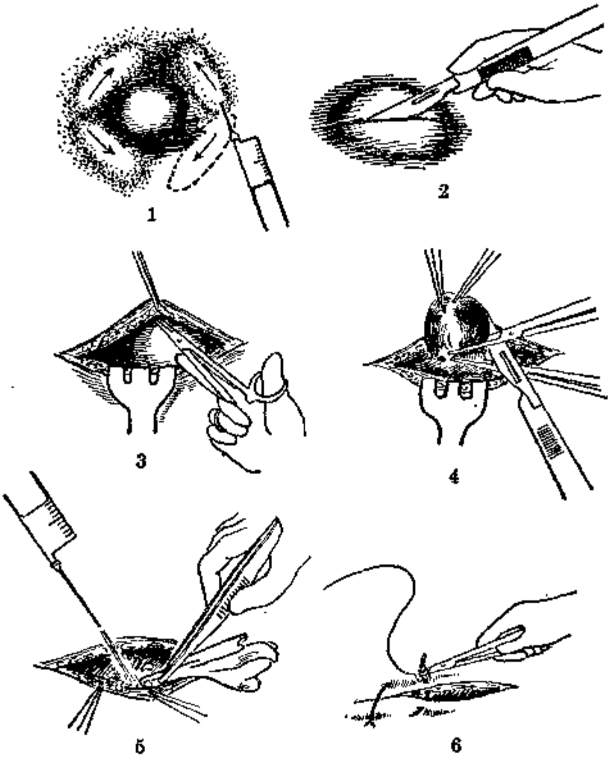


图 9-12 良性小肿瘤切除操作步骤
1—局部浸润麻醉；2—切口位置；3—钝性分离；4—切断肿瘤基部；5—冲洗、擦拭創腔；6—縫合皮肤

脚发麻为度（也可用白长蛇）。

2．白花蛇舌草2两、半枝莲1两，水煎服，每日1剂，分2～3次口服。

3．硝卤乌梅汤，取乌梅27个，放入硝卤1000毫升内熬煮，半小时后取出乌梅，饮药液，每次1小盅，每日2～3次。

〔附〕 良性小肿瘤切除术

手术前准备：先剃去局部毛发，用碘酊和酒精消毒皮肤，铺无菌巾。

麻醉：用0.25～0.5％普鲁卡因溶液做局部浸润麻醉（图9-12之1）。

手术步骤：在肿瘤上作直切口（肿瘤较大者可作梭形切口，并将此皮片切除），切开皮下组织，直至肿瘤包膜。用弯止血钳沿肿瘤包膜仔细进行钝性分离，将周围结缔组织剪断。游离出肿瘤后，基部结扎切断，取出肿物，然后冲洗创腔、拭擦干净，充分止血，逐层缝合。局部稍加压包扎（图9-12之2～6）。

第十章 地 方 病

地方病的发生，虽然有一定的自然因素，但是它们的流行和控制，与社会因素有着非常密切的关系。解放前，地方病流行起来，劳动人民家破人亡、离乡背井。国民党反动政府那管劳动人民的死活，贪官污吏、地主老财更加紧敲骨吸髓。解放后，在伟大领袖毛主席英明领导和亲切关怀下，地方病的防治工作取得了很大成绩。特别是无产阶级文化大革命，打倒了刘少奇这一伙政治上的"瘟神"，为防治地方病扫除了障碍。广大革命群众在毛主席"**把医疗卫生工作的重点放到农村去**"的伟大教导指引下，群策群力，大打人民战争，创造和总结出许多行之有效的防治经验。贫农出身的工人创造了治疗慢性克山病的卤碱疗法，戳穿了资产阶级"权威"认定是"不治之症"、所谓"五年必死"等等一派谎言。河南省原阳县祝楼公社闫庄大队的"赤脚医生"和贫下中农，在光辉的毛泽东思想的指引下，经过一年奋战，消灭了波状热，送走了"瘟神"。南方各省在防治血吸虫病为主的地方病工作中取得了极其辉煌的成果。无数事实证明：只要我们高举毛泽东思想伟大红旗，突出无产阶级政治，狠批刘少奇的流毒，宣传群众、组织群众、依靠群众，加强调查研究，及时总结推广经验，就一定能够尽快地控制和消灭地方病，为广大人民解除病害。

我国北方主要的地方病有克山病、大骨节病、波状热、地方性甲状腺肿和包虫病等。

克 山 病

学习克山病，首先要学习创造卤碱疗法的工人同志活学活用毛泽东思想，突出无产阶级政治，一心为革命，一心为人民的高贵品质。还要学习病区广大群众长期同克山病作斗争的革命精神和实践经验。要进一步探索克山病的病因和新疗法，为控制和消灭克山病而努力。

克山病俗称“吐黄水病”、“攻心翻”，是北方严重危害劳动人民健康的地方病之一，分布在东北和西北某些偏僻的山区和半山区，多在冬季发病。病因还不清楚，主要是心肌发生病变。根据发病的急缓和症状表现的不同，可分为急型、亚急型、慢型和潜在型四种。四种类型互有联系，在一定条件下，急型可转变为慢型，潜在型也可以急性发病。

病状

1．**急型** 发病急、病情重、变化快。最初有头晕、头痛、迷糊、心难受和周身不适等症状。很快头晕加重，恶心、呕吐，吐出胆汁(吐黄水)，心慌，但病人神志清楚。查体面色苍白，口唇青紫，呼吸促迫，手足发凉，出冷汗，脉细弱，血压下降，心界扩大，心音减弱，并有心律不齐，心前区可听到收缩期杂音。本型生育期妇女和儿童较多见。发病前常有着凉、烟熏、过劳、精神刺激和暴饮暴食等诱因。如抢救不及时，病人可迅速发生休克、以致死亡。

2．**慢型**（痨型） 急型可转成慢型，也可从潜在型发展成慢型。病情较急型为缓和，病人主要表现充血性心力衰竭症状。如：心慌、气短，活动后加重，头迷糊、心难受、无力等；查体见口唇青紫、颈静脉怒张、心界扩大、心音减弱、心尖部收缩期杂音、心律不齐，以及肺部湿罗音、肝肿大、下肢浮肿、血压常低等。

3．**潜在型** 不知不觉中发病，或由急、慢型转化而来。常无明显症状，或只在劳动时感觉心慌、气急。查体心左界稍扩大，心音低钝而弱，心律不齐，或有轻度收缩期杂音。儿童有时有腹痛、食欲不振、没有精神。本型因症状不明显，表现很不一致，常不易确诊。在诱因作用下可急性发作，也可逐渐加重成为慢型。

4．**亚急型** 发病较缓，主要表现为充血性心力衰竭及休克症状。以往无发病史，小儿多见。

诊断 医务人员首先要深入病区，到群众中去调查了解发病情况。急型发作是以急性循环衰竭、心原性休克为主；慢型则以充血性心力衰竭为主。心脏病变的表现对诊断很重要，无论那型均有脉搏细弱、心音（尤其是第一心音）减弱、心脏扩大、心尖部收缩期杂音和心律不齐，血压降低。

各型克山病需要与某些疾病鉴别。例如急性发作，呕吐剧烈，吐出蛔虫时，需与胆道蛔虫病区别；慢型心脏扩大，心音减弱，出现心力衰竭时，需与肺心症、风湿性心脏病等区别；潜在型需要与神经官能症区别。小儿克山病常出现腹痛、便秘或腹泻，呕吐或排便中有蛔虫，易被误诊为蛔虫病。因此，遇有疑似克山病病人，必须全面仔细检查，综合分析判断，切不可粗心大意。确诊为克山病的病人，应予以登记，经常随访，复查治疗。

防治

1．发动群众，积极开展以除害灭病为中心的群众性爱国卫生运动，结合生产，改善病区环境卫生。如结合水利建设，采用土洋并举的办法，在病区开凿深水井，改良水质。加强水井管理。在水质尚未改良的病区尽量饮用泉水，不喝碱水泡、小河沟和低洼地、岗地浅井水。提倡喝开水。人、畜饮水井应分开。提倡因地制宜改善居住条件，防寒、防烟、防潮。提倡多种多贮蔬菜，饲养禽畜，在条件许可的范围内，适当加强营养，改善饮食卫生。积极开展计划生育，保护妇女儿童健康。

2．把防治克山病的知识交给广大群众，培训卫生员，实行群防群治。做到早发现病人、早报告、早治疗。推广卤硷疗法预防克山病发作。

3．潜在型处理：有相当多的病人没有明显症状，仍可参加劳动。“赤脚医生”应积极宣传毛泽东思想，帮助这类病人建立战胜克山病的坚强信心，坚持卤碱疗法，控制病变进展。饮水、食物内要加入适量卤碱（每斤食物約加卤碱粉2克）。如有心悸、气短，可服补心丹、琥珀镇惊丸或五味子（2钱，水煎），每日2次。

4．急型处理：精心护理，注意保温，病人须安静，烦躁不安时可用苯巴比妥钠0.1克，肌注。

（1）血压低时，可针刺内关、神门、合谷、间使，强刺激。可用10%卤碱液20毫升，加入25%葡萄糖20毫升中缓慢静注，并根据病情可反复用（每日3～5次）。血压测不到时，用去甲肾上腺素2～5毫克溶于10%葡萄糖液500毫升中静滴，也可另加氢化可的松200～300毫克。

(2) 发生心力衰竭时则按心力衰竭处理(见心力衰竭治疗)。心音弱、心律不齐明显时，可肌注或静注氧化樟脑(强尔心)或可拉明，每次1～2支，根据病情可反复用。

(3) 心跳骤停时，应用1:1000肾上腺素0.4～1.0毫升心内注射抢救。

危重病人应立即按组织报告，以便决定抢救方针或送附近医院抢救。

(4) 維生素丙3～5克加入25%葡萄糖40毫升，缓慢静注，以后病情好转，酌情减量。

(5) 止吐后，也可用急救回阳法，用人参3钱、附子4钱、干姜3钱、甘草2钱，水煎服。

5. 慢型处理：应用卤碱疗法，卤碱1～3克，每日3次，也可用10%卤碱液与10%葡萄糖各20毫升，每日1～2次，缓慢静注。1～2个月为一疗程，隔2～3周再用。同时可根据病情治疗心力衰竭。中药可用附子3钱、肉桂2钱、仙茅5钱、万年青5钱、茯苓5钱、玉米鬚1两，水煎服。

大骨节病

大骨节病（在陕西、山西、甘肃称柳拐子病）在解放前，我国北方几个省的部分山区，发病广泛，对劳动力和儿童发育影响很大，为害严重。解放后特别是文化大革命以来，在毛主席的亲切关怀下，由于普遍开展了防治工作，加上人民生活和劳动条件日益改善，发病已显著减少。

大骨节病是一种慢性全身性骨关节病，尤其以四肢骨节病变为重。在儿童和青年时期因骨骼发育未成熟，因此得病后表现比较严重。

病状 病初手指小关节发紧，劳动或走路多后踝关节酸痛。晨起下炕常需活动一阵方能行走。随病情发展，指关节和肘、膝、踝等大关节逐渐变粗大、疼痛、伸展受限，影响劳动。活动时，关节处可听见细小摩擦音。有的病人在劳动或走路时，可突然发生关节疼痛不敢伸屈，需揉搓活动一阵后才能迈步；有的可在关节附近触到活动的小

骨块（关节游离体）。儿童得病，骨发育障碍，四肢短。妇女有严重的大骨节病，易发生难产（骨盆狭小）。

防治 大骨节病的病因目前还不清楚，可能与水质不好有关。陕西省淳化县焦家大队的贫下中农，创造了以改良水质为主，防治克山病、大骨节病的经验，并在全县推广采用。他们因地制宜，结合兴修农田水利，引水上原，引水进村，过滤河水，净化饮水，配合药物治疗，取得了良好的防治效果。

1．改良水质，是防治本病的重要措施。如屯旁有泉水，可引泉水入屯。水源本来较好的，应加强保护和管理。有的可凿深水井。提倡喝开水。此外，应注意儿童的营养。

2．卤碱疗法：口服卤碱粉，每次2～3克，儿童每次1～1.5克，每日3次。服用1～2月后，停药1～2周再服。也可采用卤碱静注或静滴。

3．关节痛用新针疗法、水针疗法或穴位注射卤碱，按病变部位取穴，也可併用灸法和热敷。

4．药物治疗：

(1) 马钱子丸：炙马钱、桂枝、防风、木瓜、牛膝、千年健、地龙、红花、桔梗、羌活、独活、乳香、没药、麻黄、甘草各2钱，甘松1钱，研细末炼蜜为丸2钱重，一日3次，每次1丸。

(2) 卤碱345克、磷酸钙40克、乳酸钙40克、干姜30克、維生素丙30克、碘化鉀15克，制成1000片，每次服4片，一日2次，3～4月为一疗程。

(3) 万年蒿根（春季发芽时采），白酒浸7日，每次10毫升，一日2次。

(4) 制草乌2钱、穿山龙5钱、接骨木4钱、老鹳［音灌，guàn］草5钱，水煎服。

5．关节有游离体，疼痛影响关节活动者，可手术治疗。

地方性甲状腺肿

甲状腺肿大，祖国医学称“瘿病”，俗称“气大脖子”。地方性甲状腺肿，主要因饮食中碘质不足，不能适应人体需要所致。此病多见于

某些山区，成年女性居多。

病状 甲状腺肿大，使病人脖子呈不同程度增粗。不难诊断。甲状腺均匀增大，柔软，表面平滑；也可以增大不均匀，有大小不等的结节。

肿大严重时可压迫气管，引起呼吸不畅、吞咽困难、噪音嘶哑等。

防治

1．对多发地区供应碘化食盐，每20斤食盐中加碘化钠或碘化钾0.5～1.0克。儿童和妇女多吃海带等海菜，有预防作用。

2．口服碘化钾10～15毫克，每日1次；或用卤碱2克，一日2次。20日左右为一疗程，间歇2周再用。到甲状腺不再增大为止。

3．口服五海丸，每日2次，每次1丸；或海藻1两，昆布1两。

4．新针疗法：取穴曲池或肺俞，再从甲状腺中部侧方深刺一针，拔针后稍压几分钟。针刺可使甲状腺较快地缩小。但仍需用碘治疗，巩固效果。

5．夏枯草5钱，水煎服。或10%黄药子酒，每次10毫升，一日3次。连用2周左右。

6．巨大的甲状腺肿引起压迫症状的，可手术治疗。

波 状 热

本病是由患波状热的病畜传染给人的一种疾病（旧名布氏杆菌病）。致病菌是波状热杆菌。主要传染源是病羊（牛也可传染）。直接接触病羊的粪、尿、流产物，是造成传染的主要方式。接触被污染的皮毛，或喝了病畜的奶，也可以感染。因此，本病主要分布于牧羊区。人的发病，多在羊产羔的旺季稍迟1～2月，即春季。

病状 初起常有类似感冒的症状，然后发生寒战、发热，午后、晚间体温高，大量出汗。此外，可伴有全身肌肉、关节痛，淋巴结、肝、脾肿大，睾丸肿大，引起流产等。病情轻重不一。发热約3周，可间歇十余天，再发热，这种高低相间波状起伏的热型是本病的一个特征。

慢性病人不发热或有低热，腰痛、关节痛、运动受限，甚至关节变形、肌萎缩。

牧区，与羊、牛接触密切者，有长期发热、出汗、全身酸痛等症状时，应考虑到此病，必要时可到医院进一步检查诊断。

预防 充分发动群众，结合农牧业生产，同畜牧兽医部门合作，控制传染源（牲畜检疫，处理病羊和病牛），切断传染途径（讲究卫生，加强畜产品管理），以及预防接种增强人和畜的免疫力。人体接种在产羔旺季以前2～4月，能够有效地控制波状热流行。

河南省原阳县祝楼公社闫庄大队原来是一个波状热的流行地区。在党的"九大"精神鼓舞下，大队革委会遵照毛主席关于"**革命战争是群众的战争，只有动员群众才能进行战争，只有依靠群众才能进行战争**"的教导，带领广大贫下中农开展革命大批判，在提高路线觉悟的基础上，掀起一个人人动手消灭波状热的运动。他们的主要措施是"六要七不要"。六要是：羊圈要勤清扫，勤垫土，专人管理，定期消毒；羊流产物要深埋；流产母羊要隔离一个月；放羊回家要洗手；新羊入群要检疫；剪羊毛后要消毒。七不要是：不买卖病羊；不吃病死羊羔肉；不喝流产母羊奶；不往家牵自留羊；羊圈不要设在村里；没事不到羊圈去；教育儿童不玩羊。

这个大队的"赤脚医生"并根据波状热杆菌不能在碱性环境中生长的特点，用灶炕热灰、碱水、生石灰等土办法杀灭病菌，代替了漂白粉、新洁尔灭等消毒药品。他们还创造了用雄黄大蒜丸、猫眼草煮鸡蛋等土药、土法，治疗本病后遗症，取得了一定的效果。

由于他们认真贯彻执行了"**预防为主**"的方针，经过一年奋战，已经从根本上控制了波状热病的流行，现在，这个大队人、畜两旺，革命和生产都呈现出一派欣欣向荣的大好跃进形势。

治疗

1．发病后应注意休息，及早治疗。应用链霉素每日肌注1克，同时口服磺胺嘧啶，每天4～6克或四环素、土霉素，每天2克等。一般需治疗3～4周。

2．高热、多汗、骨节酸痛，可用生石膏1两、知母3钱、粳米2钱、甘草2钱、桂枝1钱、银花6钱，水煎服。

3．发热、关节肿痛，可用苍术2钱、黄柏3钱、牛膝3钱、萆薢4钱、桑枝1两，水煎服。或豨莶草5钱、海桐皮5钱、片姜黄4

钱，水煎服。

4．慢性病人可根据症状采用新针疗法、水针疗法、穴位注射疗法。

包 虫 病

包虫病是由狗條虫的幼虫所引起的寄生虫病。北方草原牧区较常见。

病因和预防

包虫病的传染经过：狗患條虫病，狗粪内的虫卵污染食物和草料，被人和羊、牛、猪等吃进体内后，虫卵在胃腸道孵化成幼虫，便引起人和羊、牛、猪等患包虫病。

因此，在牧区要加强卫生宣传，做到下列预防措施：

1．发动群众，注意发现、捕杀病狗。

2．发现病羊、病牛、病猪，应妥当处理，不能喂狗。

3．移风易俗，讲究卫生。防止食物和食具污染，放牧、剪羊毛、挤奶、做饭等劳动后要洗手。提倡熟食，用清洁食具和饭前洗手等。

病状 人的包虫病多发生于肝（肝包虫病），在肝内形成一个或多个囊肿，引起肝明显肿大。触诊肝无触痛，有弹性或水囊样感觉，叩诊可有震颤感。有时腹腔内也有囊肿形成。狗條虫的幼虫，如果到肺内形成肺包虫病，可引起咳嗽、吐痰等；如果到脑内形成脑包虫病，可引起癫痫、瘫痪等。

包虫病可发生急症。肝包囊穿破，大量包囊内容物流进腹腔，可引起休克。肺包囊破裂，可引起窒息。

包虫病病人一般需送到医院手术治疗。

第十一章　急症处理

急症发病急，来势凶，如果处理不当或不及时，往往短时间内就有生命危险。遇到这类情形，“赤脚医生”必须遵照毛主席“**救死扶伤，实行革命的人道主义**”的教导，勇敢战斗，全力抢救。在抢救过程中一定要遵照毛主席的教导：“**我们需要的是热烈而镇定的情绪，紧张而有秩序的工作**”，通过最简要的问诊（询问病人家属或护送者）和检查，找出急症的病因，给予适当的处置。如果病情危急或者一时查不清病因，则需对症予以应急处理，急送医院抢救或等病情好转后再寻找病因，作进一步治疗。

高　　热

体温超过 39°C 以上称为高热。高热常是许多疾病的一项共同的症状。常见的疾病有：

1．急性感染：如肺炎、败血症等；

2．急性传染病和寄生虫病：如伤寒、流行性感冒、流行性脑脊髓膜炎、疟疾等；

3．严重外伤、烧伤；

4．输液和输血反应。

遇到高热病人，应通过详细问诊和查体，发现各种不同疾病的特殊症状和体征，透过现象，抓住本质，作出正确的诊断；而不能简单地采取“头痛医头”的办法，给予退热镇痛药等处理了事。

诊断

1．根据高热发生的急缓，结合季节、传染病流行、病人年龄等情况考虑，对于诊断急性传染病和某些疾病等常有帮助。

2．分析高热的程度、时间、变化规律。例如：高热早晚变化不大（1°C以内，称为稽留热），多见于肺炎、伤寒；高热早晚变化很大

(1°C 以上，称为弛张热)，多见于败血症等重症感染；隔 1～2 天发一次高热（间歇热），见于瘧疾；体温漸升、漸降，又再升、再降（波状热），见于波状热。

3. 结合其他症状和体征。例如：咳嗽、咯痰、胸痛、胸部叩听

高 热 的 鉴 别

发病及高热特点	共他症状和体征	常見病因	其他
突然发病，寒战，持續高热	咳嗽，胸痛，咯鉄銹色痰。肺局部听到湿罗音，呼吸音減低，語顫增强	大叶性肺炎	冬春多見，年青人居多
高热不退	咳嗽，呼吸急促，发紺，三凹征，肺部有散在湿罗音；甚至可有心力衰竭病状	小叶性肺炎	冬春多見，小儿居多
发病急，高热持續	头痛，全身酸痛，咽部充血疼痛，結膜充血，咳嗽	流行性感冒	
发病較緩，体溫逐漸上升，一周后持續高热	食欲不振，全身不适，相对性緩脈，紅色皮疹，肝脾肿大，可有譫妄、神志呆滞等神經症状	伤寒	
发病急，持續高热	劇烈头痛，噴射状呕吐，全身皮肤出現暗紅色瘀斑，脑膜刺激征，昏迷	流行性脑脊髓膜炎	冬春多見，流行史
发病急，持續高热	劇烈头痛，呕吐，昏迷，抽风，脑膜刺激征	流行性乙型脑炎	夏秋季多見，流行史
发冷、发热，每2日或3日发作一次，高热持續几小时，出汗而退	可有貧血、輕度黄疸、肝脾肿大	瘧疾	蚊子叮咬史
	急性腹痛（見第九章急腹症）	急腹症	
突然发病，持續高热	鼻塞流涕，咽部紅肿，扁桃体紅肿	上呼吸道感染	冬春較多
	咳嗽，流涕，流泪，口腔粘膜斑，自頸、面至軀干、四肢出紅色皮疹	麻疹	冬春多見，流行史，小儿居多
弛张高热	头痛，寒战，皮下瘀斑，輕度黄疸，肝脾肿大	败血症	有感染史

有异常改变等，多数是肺部的疾病（如肺炎）；鼻塞流涕、咽部红肿、扁桃体肿大，常是上呼吸道感染；皮疹或瘀点等，常是某些急性传染病的特征（如麻疹、流脑等）；有腹痛、腹膜刺激征，可考虑急性腹痛疾病；出现项硬、脑膜刺激征，应考虑神经系统疾病（流脑、乙脑等）。

4．中医对发热的辨证，参考第四章第三节。

处理 积极找出病因，针对病因给予治疗。同时对高热进行处理，以减轻病人痛苦，尤其要防止小儿高热引起惊厥。

1．退热：

（1）用冷湿毛巾敷头部或擦澡等方法降温。

（2）针刺曲池、大椎、合谷，体壮者强刺激，体弱者中刺激。

（3）曲池穴位注射，成人可用50%安乃近液0.2毫升或其他药液，不能过深，以防损害神经。小儿可用安乃近点鼻。

（4）大青叶、板蓝根、草河车各1～2两，水煎，有清热解毒作用。

（5）解热药，如复方阿司匹林1片，日服3次。或安乃近口服与肌注。对伤寒、肺炎、麻疹、重症结核等高热病人，给解热药时要慎重，一般可试给小剂量，以免突然退热、出大汗而引起虚脱。

2．镇静：高热併发烦躁不安或抽风者，要併用苯巴比妥0.03～0.06克，日服2～3次。也可肌注苯巴比妥钠0.1克；非那根或氯丙嗪25毫克口服或肌注。也可用安宫牛黄丸、紫雪丹等。

3．补液：多喝水（加入少量盐和适量的糖），必要时输液。

呼 吸 困 难

因各种原因使病人感到呼吸不畅、呼吸费劲、气不够用和出现各种呼吸费力的体征：如鼻翼煽动，张口喘气，呼吸次数、深度、节律发生变化，以及病人端坐呼吸、口唇青紫等，都属于呼吸困难。遇有呼吸困难病人，必须注意分析病情，找出引起的原因，积极治疗。引起呼吸困难的常见原因有：

1．呼吸系统病变引起的（肺原性呼吸困难），如哮喘、肺气肿、肺炎、气胸、胸腔积液等。

2．循环系统病变引起的（心原性呼吸困难），如心力衰竭。

3．中毒性呼吸困难，如肝昏迷、农药中毒等。

引起呼吸困难的原因不同，抢救措施也不尽相同。应详细了解病史、症状，全面检查，认真鑑别诊断。

呼 吸 困 难 的 鉴 别

呼吸困难特点	常見的病因	診断要点
突然发生	气胸	有肺結核、肺气肿或胸外伤史，病側胸部叩診鼓音，呼吸音弱或消失，气管偏向健側
	气管异物或大量分泌物堵塞	异物誤吸多見于小儿，痰堵多見于昏迷病人或衰竭病人，吸气时困难明显，气管內有鳴声
漸漸发生	肺疾病：肺气肿、肺結核等	先有咳嗽、咯痰、胸悶、胸胀、气短、无力等，診察肺部有改变，胸型也改变
	心力衰竭	先有心跳、气短等，起初呼吸困难发生在劳动时，休息后可緩解。診察心脏有改变，并有頸静脉怒张、肝肿大、水肿等
发作性（哮喘）	支气管哮喘、哮喘性支气管炎	发作时呼气困难为主，带有显著的哮鳴音，肺部可听到哮鳴音或水泡音，不发作时明显緩解
	心力衰竭（左心）	多在夜間发作，不安、面色蒼白、出冷汗、脉弱、咯粉紅色痰，診察心脏有改变
伴有胸痛	胸部創伤	有外伤史，疼痛部位有触痛、肿胀等，如同时发生气胸或血胸，診察胸部有改变
	胸膜炎、脓胸	有发热、咳嗽等，診察胸部有改变
伴有发热	白喉、急性喉炎	吸气时有喉鳴声，吸气困难，鎖骨上窩凹陷，咽喉部有白膜或充血肿胀，頸淋巴結肿大等
	肺炎、肺化脓症	有咳嗽、咯痰、胸痛等，診察肺部有改变
	胸膜炎、脓胸	（見上）
精神刺激后发生	癔病	多伴有神志不清、抽筋，診察心、肺等都正常

处理

1．保持呼吸道通畅，可用大注射器针筒套上橡皮管吸痰，必要时口对口吸痰。如喉阻塞时则考虑做气管切开术。

2. 新针疗法：主穴天突、膻中；备穴内关、列缺。中、强刺激。用三棱针刺膻中穴3～5分，上下左右划动。但心力衰竭时禁用。

3. 有条件可吸氧。

4. 注射呼吸兴奋剂，如洛贝林3毫克，肌肉注射，或可拉明2毫升，肌肉或静脉注射，必要时可重复应用。

5. 氨茶硷0.1克，每日3次口服。紧急时可用氨茶硷0.25克加25%葡萄糖20毫升，缓慢静注。

6. 病人烦躁不安，可用非那根25毫克，肌肉注射；或口服苯巴比妥0.03克，一日3次。

7. 气胸时，用一粗针头，接一段胶皮管。夹住胶管。针头从病侧第二、三肋间锁骨中线外与腋前线之间，经肋间刺入胸腔。胶管接大号注射器，进行抽气。抽气到病人呼吸好转时方止。胸壁有伤口者（开放性气胸），立即用消毒纱布压紧伤口、包扎。必要时也作穿刺排气。病情稳定后立即送医院。

8. 迅速找出病因及时处理，如心力衰竭则需应用强心药（见心力衰竭治疗），大叶肺炎则需消炎治疗（见肺炎治疗）。

休　克

休克是严重的损伤和疾病所发生一组病症，如果不积极抢救，可危及伤病员生命。因此，必须重视预防。一旦发生，必须全力抢救。

病状　在受伤后或疾病中，突然出现面色苍白，口唇青紫，手足发凉，出冷汗，烦渴或表情淡漠，反应迟钝，脉细无力或触不清，血压下降或测不到等，就是休克。这一系列病状，主要是周围循环衰竭的反映。

病因和预防　休克的常见病因有：

1. 严重损伤，如多处骨折、内脏损伤、大面积烧伤等。

2. 大出血，如创伤大出血、胃肠道疾病大出血等。

3. 中毒，如败血症、重症肺炎和痢疾等。

4. 心力衰竭。

5. 过敏反应，如青霉素过敏等。

因此，休克有损伤性休克、出血性休克、中毒性休克、心原性休

克、过敏性休克等分类。既然休克通常是在上列的情况下发生的，预防休克的要点如下：

1．严重损伤发生后，应避免再度使伤员受刺激，注意搬运，给以镇痛药。如有出血，作临时止血。防寒、防热。

2．咯血、呕血、便血、伤口出血、内出血等，凡出血量多时，除了止血，还要从静脉补充液体，如5～10%葡萄糖等，或者输血。疾病脱水严重时，也应补液。

3．早期治疗各种感染。积极治疗心脏病。

4．根据病人过去有无过敏病史，以及药物种类，用某些药物应先作过敏试验。

处理 休克的主要矛盾是血循环量不足（因此血压下降），所以虽然各种休克的治疗不同，但急救处理有共同点。

1．病人平卧，不用枕头，或头低脚高位，以免脑供血不足。

2．尽可能地消除引起休克的原因。给伤员止血，固定伤肢，镇痛等。

3．补液和升压。补液用5～10%葡萄糖（1,000毫升以上）等，快速静脉点滴。25～50%葡萄糖（100毫升）静脉注射有升压作用。失血病人最好能输血，也可先用右旋糖酐[音甘，gān]等。升压可在输液内加入去甲肾上腺素1～10毫克（根据升压效果而定）或其他升压药。

4．呼吸过浅时用可拉明等肌注，或更有神志不清时，可针刺人中、百会、涌泉、十宣等穴。

5．心原性休克，不可进行快速补液，应用毒毛旋花子素K 0.125毫克加25～50%葡萄糖20毫升静注。血压测不到时可用去甲肾上腺素5～10毫克加入5～10%葡萄糖500毫升内静滴，以升压为度，不应输入过多液体。

6．过敏性休克应用0.1%肾上腺素1～2毫升肌注。痢疾、腹膜炎等引起的中毒性休克可用阿托品1毫克肌注。必要时重复注射。

7．休克初步好转（血压回升），应护送病人到医院继续治疗。

晕 厥

晕厥，是由于大脑一时性缺血、缺氧引起的短时间意识消失，可较快地恢复知觉，和昏迷不同。

晕厥表现为突然头晕、恶心、呕吐、面色苍白、出汗、失去知觉而昏倒，有时伴抽风，脉细弱而快，血压低。在疲乏、闷热、妊娠、贫血或身体虚弱等情况下较容易发生，蹲着突然起立也可引起。一般多能很快恢复。

处理

1、立刻让病人躺在空气流通处，松解衣领，平卧或头低脚高位。面部洒凉水。

2、针刺人中、十宣或涌泉，或掐人中、重拿合谷。

3．必要时皮下注射麻黄素或可拉明。

昏 迷

昏迷是一项严重的病状，要抓紧抢救。昏迷可发生于脑出血、中毒、脑外伤、严重慢性肝病（肝昏迷）和肾脏病（尿毒症）等。

诊断

问病史：向病人的同志亲属了解病情经过，有无感染、外伤、服药、高血压、肝、肾病史及接触毒物史，特别是多数人相继发生昏迷，必须警惕敌人投毒谋害。

查体：进行系统检查。特别要注意昏迷程度（轻度昏迷，大声叫唤尚能回答，呼吸、脉搏无明显改变；重症昏迷，知觉、运动完全消失，腱反射消失，仅有呼吸和心跳）、呼吸情况及气味、有无外伤、瞳孔变化、脉搏、心跳、血压、体温等。

昏迷较常见的病因诊断参见下页表。

处理

1．病人平卧侧头，防止舌根下落堵塞呼吸道，避免呕吐物吸入气管。有活动假牙需取下。

2．针刺人中、十宣、百会等穴，强刺激，可促使轻度昏迷苏醒。

3．呼吸困难时可肌注可拉明。如有痰堵塞呼吸道，即用口或其

常见的昏迷疾病的鉴别

体温	血压	伴随其他症状	主要体征	疾病	其他
发热		头痛，呕吐	脑膜刺激征	流行性脑膜炎	多发于冬春，有出血斑点
				結核性脑膜炎	有結核病史
				化脓性脑膜脑炎	有中耳炎、肺炎史，有出血斑点
				流行性乙型脑炎	多发于夏秋
	降低	咳嗽，胸痛，咯銹色痰	肺部呼吸音弱，有罗音	中毒性肺炎	多見于小儿及老年，冬春季
		嗜睡，腹泻	直腸內有脓血便	中毒性痢疾	多見于小儿，夏秋季
		头痛，恶寒战慄	皮下出血斑点，肝脾肿大，黄疸	败血症	有化脓感染史
发热或不发热	高或低	呕吐，头痛，嗜睡	头部创伤，瞳孔变化等	脑外伤	
不发热	增高	头痛，呕吐	偏瘫，瞳孔变化等	脑卒中	多見于中年以上
		尿少或无尿	水肿，貧血，呼气有尿味	尿毒症	有肾炎、肾盂肾炎史
		吐白沫，全身抽搐	瞳孔大，对光反应消失	癫痫	有反复发作史
		烦躁，手颤动	黄疸，脾肿大，腹水，水肿，呼气有甜味	肝昏迷	有消化不良（肝病）史
				中毒	（見本章"中毒项"）

它方法将痰吸出。必要时，进行人工呼吸。

4．高热时可针刺曲池、大椎或作穴位注射，并可用至宝丹、苏合丸（每次1丸）。

5．脑出血时，可靜脉注射50％葡萄糖、卤硷、硫酸鎂等（见第238页）。

6．根据病情，进行其他急救处理，如抗休克（见前面）用强心药等。并根据当地治疗条件，及时护送病人到医院诊治。运送途中尽可能避免震动，要时刻注意病人的呼吸、脉搏、血压等变化。

咯血与呕血

咯血是呼吸道出血，呕血是上消化道出血，两者都是从口吐血。

由于两者出血原因及部位的不同，治疗也有不同。因此对吐血病人，首先要确定是咯血还是呕血。

咯血与呕血的鉴别

咯　　　血	呕　　　血
咯前喉部发痒或咳嗽。	呕前有恶心或上腹部不适。
鲜紅色，泡沫状，常混有痰液。	暗紅色或棕色，常混有食物，带酸味。
大便正常，咯血后痰中带血。	大便黑色，无血痰。
往往有肺結核或心力衰竭等病史和体征，如肺结核有无力、低热、盗汗等症状，在肩胛間部或鎖骨上下窝可听到湿罗音。	有消瘍病或慢性肝病等病史和体征，如消瘍病有上腹痛；慢性肝病有腹水、脾肿大、腹壁静脉怒张等。

其次则要估计出血的程度，根据病人的病状、出血量（咯血量、呕血量和黑便量）、脉搏增快及血压下降程度来判定。严重出血可引起休克。

处理

1．咯血和呕血的共同性处理：

（1）安静卧床，消除病人紧张情绪，必要时肌注苯巴比妥钠0.1克（肝病者不用）或非那根25～50毫克。

（2）吐血量大，注意脉搏、血压、心跳等，防休克、抗休克。可静脉注射25～50％葡萄糖100毫升，或点滴10％葡萄糖500毫升內加卤硷5～10克。

（3）反复大吐血，可在静脉液内加垂体后叶素5～10单位，可起止血作用。

（4）大吐血时，防止血液吸入肺内。如有血块堵塞气管，应立即吸除，以免窒息。

（5）反复吐血者，应尽早送医院诊治。

2．咯血处理：

（1）胸部加冷水袋或沙袋轻压。针刺鱼际、尺泽，足三里。用镇咳药。目的是减少肺部震动。

（2）止血药：仙鹤草2两水煎或仙鹤草素肌注；安络血10毫克肌注；口服或肌注維生素K。也可用白茅根2两水煎；白芨粉1～1.5錢、三七1錢，共研末，每次5分，每日2～4次口服。

（3）心力衰竭咯血，应用强心药。

3．呕血处理：

（1）大呕血时禁食，少量呕血只进湯水。

（2）止血药：白芨1錢，土三七、花蕊石、紫珠草各1钱，研末，每服1钱，开水送下（以上用于胃十二指肠溃瘍）。維生素K 1～2支，凝血质1～2支，肌注，每日1～2次（以上用于肝病）。

急性尿潴留

尿潴留就是指排尿困难而膀胱胀満。病状是有尿排不出，或者用力排也只能排出一点，小腹胀痛。查体一般可见膀胱浊音区增大，耻骨上有圆形隆起。

在农村，尿潴留的常见病因，在60岁以上的男性多为前列腺肥大（阻塞膀胱出口），在老年妇女多为尿路感染，在骨盆、会阴的伤员是尿道损伤或疤痕狭窄引起，此外还有脊柱损伤或疾病时膀胱因失去神经支配而发生排尿机能障碍。总之，尿潴留的病因，大多数在尿道方面，也可能属神经机能方面。

处理

1．尽可能了解病因，处理方能收到良好效果。

2．针刺：曲骨、中极或气海、中极，中等刺激，针感到达外阴。必要时加三阴交、水道。对尿路感染和神经原因的尿潴留效果较好。

3．指压：用拇指指腹按压脐与耻骨联合的中点，逐漸加重，稍使指端震动，約2～3分钟。适应证同上。

4．下腹热敷或溫水坐浴：适于尿路感染时。

5．导尿：适于尿道狭窄或前列腺肥大，导尿后暂将导尿管留在尿道內，尿道口外加以胶布固定。

6．穿刺：上述处理无效、膀胱胀大明显时，用粗针头在耻骨联合上中线約2～3厘米处直刺入膀胱，用注射器吸出尿。注意无菌操作。

7．根据病情就地或送医院继续治疗。

食物中毒

食物中毒的原因很多，常见的有两类：吃了某种含毒性的植物，如大量杏仁、发芽的马铃薯（土豆、山药蛋）、霉烂的甘薯(红薯、地瓜)、毒蘑菇、霉烂的白菜等。另一类是吃了受细菌作用而变质的食物，如肉类、鱼虾或面食（如东北民间用玉米面做的酸粉条）。

因此，应当经常（尤其是夏秋季）向群众作宣传,注意饮食卫生，不吃腐败变质食物，改变某些地区吃发霉食物的不卫生习惯，教育儿童不乱吃东西。集体食堂要注意食物贮藏。饮食业和市场要加强管理。

病状 食物中毒常在吃同一种食物的人们（家庭、学校、工地）中，同时发生相同的病状。一般吃后几小时就发作。常见的病状有下列几类：

1. 急性胃肠症状，表现呕吐、腹泻、腹痛等，以及因此发生的脱水症状。

2. 急性神经症状，轻的有麻木感、头痛、头晕、嗜睡等,重的有抽风、昏迷，瞳孔散大或缩小、呼吸减弱等。

3. 其他如心跳加快、全身青紫、血压下降、出血、黄疸等。

处理 发现成批中毒病人，应警惕是否敌人破坏行为，注意现场调查，并迅速向有关部门报告。同时，可按下列原则和方法抢救治疗：

1. 排除体内毒物：

(1) 催吐：用手指或压舌板、筷等物刺激咽部，或口服硫酸铜水（加水到淡蓝色）或肥皂水（如米泔水样），使病人呕吐，可以反复几次。

(2) 洗胃：插入胃管、洗胃器或输液胶管，用高锰酸钾水（加水到淡红色）或清水反复洗胃。也可喝入大量水后，用刺激咽部法催吐。

(3) 清肠：服50%硫酸镁30～50毫升或芒硝2～3钱，同时大量饮水，引起腹泻。

以上三法用于未发生呕吐、腹泻的中毒病人。

(4) 利尿：静脉点滴5%葡萄糖或5%葡萄糖盐水1000～2000毫

升。

2．对症治疗：

（1）防治脱水：静脉点滴生理盐水、5%葡萄糖等。一般先不止吐止泻。吐泻过多，可行针刺或阿托品穴位注射（足三里、止泻穴、气海、内关等），或用藿香正气丸。

（2）治呼吸循环衰竭：用可拉明、咖啡因等肌注或静注，必要时作人工呼吸。

（3）抗休克：参照"休克"项。

（4）镇静抽风：肌注苯巴比妥钠0.1～0.2克（小儿8毫克/公斤/次），或10%水合氯醛20毫升灌肠，或耳神门穴位注射，或肌注非那根25毫克(不用氯丙嗪）。

3．解毒：须针对毒物性质最有效。

（1）一般解毒：用豆浆、奶类、畜类生血口服或洗胃（利用蛋白质沉淀毒物），口服骨炭（活性炭，吸附毒物）或高锰酸钾(有分解某些有机毒的作用），甘草1～2两或绿豆2～4两煎水服也有解毒作用。

（2）毒蘑菇中毒，用阿托品和甘草绿豆汤。杏仁、桃仁等中毒，用亚硝酸异戊脂0.2毫升吸入，同时静注美蓝10毫克/公斤/次(总量60毫克/公斤）加入葡萄糖液内，随后再静注5%硫代硫酸钠20毫克/公斤/次（总量250毫克/公斤），必要时15～30分钟交替注射一次。烂白菜、甜菜等中毒，静注美蓝1～2毫克/公斤/次。曼陀罗中毒（与阿托品中毒相同），用1%毛果芸香碱0.5～1毫升或新斯的明0.5～1毫升皮下注射，必要时15～30分钟注射一次，直到口腔湿润为止。

此外，吃灰菜、苋菜、刺儿草等可引起植物日光性皮炎，暴露在阳光下的面部和四肢可肿胀、起瘀斑和水泡，全身可青紫。治用鲜紫苏、生姜汁外搽面部手足，避日光，补液，口服或注射抗过敏药。

有机磷农药中毒

常用的有机磷农药有"1605"、"1059"、乐果、敌敌畏、敌百虫等。后两种又常用作卫生防疫。上述农药无论其原液或稀释液都可经皮肤、呼吸道和消化道进入人体引起中毒。食用近期喷过有机磷农药

的蔬菜、瓜果；吸入或皮肤（大面积）接触有机磷药物；用沾染药物的碗、盘盛放食物；误食农药中毒死亡的家畜、家禽等，均可引起中毒。

病状

轻度中毒：头晕、头痛、恶心、呕吐、食欲减退、出汗或视力模糊等。

中度中毒：除轻症病状外，还有流唾液、多汗、肌肉跳动、瞳孔缩小、腹痛、呼吸困难、精神恍惚等。

重度中毒：除上述病状外，还有心跳加快、血压升高、肺水肿、抽风、呼吸困难、大小便失禁、昏迷等，如不及时抢救，可有生命危险。

预防 从阶级斗争观点和生产观点出发，加强防毒宣传教育，提高警惕，严防阶级敌人投毒暗害；熟悉农药特性，正确掌握施用方法，防止发生中毒。

1．严格保管制度，要设专仓、专柜，专人负责，防止敌人破坏。仓库内不得放存食物。药品的数量以及使用和补充都要登记。

2．喷药前检修好喷雾器；喷药人员应先穿好长袖衣裤，戴口罩，皮肤暴露部位涂抹一层肥皂；稻田喷药，严防田水流入河沟水源。

3．喷药应顺风倒退喷，隔行、单面、分散喷，操作中不吸烟，不吃东西。不要在热天中午或风天喷洒。

4．喷药后的田地，应加明显标志，7天内人、畜不得入内。

5．喷药后用肥皂洗手、洗脸，更换衣服，施工用具用碱水洗净。

急救

1．首先尽量除去毒物。将病人搬离中毒现场，放在新鲜空气的环境中。脱去被污染的衣服。对污染的皮肤、眼、鼻粘膜可用大量清水或肥皂水、碱水冲洗（敌百虫在碱性溶液中变为更毒的敌敌畏，因此敌百虫中毒禁用肥皂水和碱水洗！）。口服中毒者，应尽量设法催吐、洗胃或导泻。

2．药物解毒：

(1) 轻度中毒：皮下注射或口服阿托品1毫克（2支），必要时可适当反复使用，直至症状消失后1～2天停药；也可单独用解磷毒

0.4～0.8克溶于注射水中缓慢静脉注射。

（2）中度中毒：每次皮下或静脉注射阿托品1～2毫克，隔15～30分钟重复一次，根据瞳孔的变化（逐渐开大）及症状的好转，逐渐减量或延长注射间隔时间。可同时用解磷毒，初次量0.8～1.2克，以后每2小时静脉注射0.4～0.8克，或静脉点滴，每小时0.4克，共用6小时。

（3）重度中毒：必须同时并用解磷毒与阿托品。解磷毒0.8～1.2克，缓慢静脉注射；阿托品2～4毫克，静注。以后每隔10～30分钟注射2毫克，直至瞳孔散大至正常和症状消失。呼吸循环衰竭时，用苯甲酸钠咖啡因0.25～0.5克及可拉明1.5毫升交替肌注，每半小时1次，必要时用口对口呼吸。心力衰竭时，可静滴毒毛旋花子素K 0.125毫克（加入25～50%葡萄糖200毫升中），必要时再注1次。病情稍稳定后可送医院继续治疗。

一氧化碳中毒

一氧化碳是煤、炭、木材等不完全燃烧时产生的一种无色、无味、有毒的气体，俗称煤气。人体大量吸入后，一氧化碳经肺吸收，与红细胞的血红蛋白结合，阻碍血液正常带氧，造成组织缺氧而引起中毒。

病状

轻症：有头晕、头痛、眼花、太阳处跳胀感、心悸、四肢无力、恶心、呕吐等。还可出现虚脱或神志不清。经吸入新鲜空气后，症状多能消失。

重症：除以上症状外，皮肤粘膜呈现樱桃红色或出现红斑，呼吸困难，知觉消失，惊厥甚至昏迷。如抢救不及时，可併发高热、肺水肿等，甚至死亡。

防治

1．首先要做好预防宣传工作，家家户户修好炉灶，防止漏烟。使用煤炉的晚上封火要注意。冬季特别要提高警惕。

2．发生中毒，迅速打开门窗，或将病人移到新鲜空气处(但要注意保暖)。轻病人可以喝酸菜水或浓茶水，或醋，有解除症状作用。

3．昏迷时针刺人中、百会、涌泉。

4．呼吸困难或呼吸停止，应立即行人工呼吸，并肌肉注射可拉明或洛贝林。

5．静脉注射25～50％葡萄糖60～80毫升。病情严重者，应急請医院来人协助抢救，或急送医院。

电击伤

人体误触电源或受雷击所致的损伤，叫电击伤。它不仅能使体表组织受损（烧伤），且能造成深部组织的损害，常常是表面上看肢体损害不重，而深部组织的损害远较表面为重。人受电击后，轻者可能发生不同程度的局部烧伤和肌肉痉挛，重者则出现心跳、呼吸停止，甚至死亡。

预防 加强宣传安全用电，电气设备应及时維修，不用湿手接触电开关，不在电线上晒晾衣服。不在大树下避雷雨。

急救 电击伤的及时抢救是十分重要的。要争分夺秒，敏捷果断。立即切断电源，离电开关近，应关闭电开关；离电开关远，应用不导电物，如木棍、扁担等，将电线挑开，使病人离开电源。将病人移到通风处、松解衣服，立即进行人工呼吸(见619页)。人工呼吸要坚持较长时间，不要将受电击伤后出现的躯体僵直误认为尸僵而放弃抢救。如有心跳停止则同时做胸外心脏按摩术（见620页）。注意病人保温，可应用呼吸中枢兴奋药或强心药物，如山梗菜碱（洛贝林）1毫升（10毫克）肌肉或皮下注入；苯甲酸钠咖啡因（安钠咖）1毫升（0.25克）肌肉或皮下注入；尼可刹米（可拉明）1毫升(0.25克)肌肉或皮下注入，禁用肾上腺素。局部的灼伤处理，可按“烧伤”项处理。

溺水

溺水的主要问题是窒息而缺氧。

预防

1．有组织地开展群众性游泳活动，使广大群众熟悉水性。

2．教育、管理儿童，避免跌进湖里、河里、井里。

3．遇有洪水，加强组织领导和宣传，注意防洪抗洪中人身安全。

急救

1．排水：除去溺水者口鼻的堵塞物，松解上衣，使病人俯卧。急救人跨过病人腰部，用双手围住他的腹部，把他提起并抖动，倒出胃和呼吸道内的水。也可用同样原理的其他方法排水。

2．帮助恢复呼吸和循环：呼吸停止时，作口对口的人工呼吸，同时注射可拉明、咖啡因等。心跳微弱、停止时，作胸外心脏按摩，同时肌注肾上腺素，必要时可把肾上腺素直接注射于心室内。

3．帮助苏醒：昏迷时强刺人中、涌泉、内关等穴，留针5～10分钟。注意护理，防止再将口鼻内液体吸入肺内。缺氧时间长而昏迷不醒时，应静脉点滴甘露醇或山梨醇，或送到就近医院抢救。

4．注射青霉素以预防感染。注意保暖。醒后可服浓茶或姜糖湯。

毒 蛇 咬 伤

毒蛇咬伤，蛇毒进入人体，可引起严重中毒。应当了解蛇类分布情况，特别是本地区有无毒蛇，以便发动群众灭蛇，在急救上也能有所准备。

病状　毒蛇咬伤部位有两个或四个毒牙齿痕，与一般的蛇咬伤不同。伤处剧痛或麻木，常有红肿、发紫、坏死，而且迅速扩展，并可引起淋巴结肿痛。全身常有畏寒、发热、恶心、呕吐、眩晕、关节酸痛。严重时有嗜睡、面色苍白、手足发凉、脉细弱、血压下降、抽搐、瞳孔散大、呼吸抑制等，可有生命危险。

急救　群众中有抢救毒蛇咬伤的丰富经验，应注意发掘和总结提高。

1．阻止毒素吸收：在伤口近侧（上臂或大腿）用带子扎住，每隔半小时松开1～2分钟。

2．排除伤口处的毒素：先用水、盐水、肥皂水甚至尿液冲伤处。用尖刀挑开齿痕約1厘米，如见毒蛇齿片随即取出。用拔罐或其他吸引法，吸出血水。也可用口吸毒，但抢救者口腔内不应有伤口，并随吸随用清水漱口。如伤口近侧已明显红肿，再在红肿远侧的指、趾间，用三棱针、粗针或尖刀向近侧方向斜刺（深約1厘米）多处，然后从

上向下轻轻搓揉，使血水流出，每日2～3次。

3．解蛇毒药：南通蛇药、蛇毒解毒片等（广东省生产种类较多）按说明书内服及外敷。

4．外敷法：选用鲜斩龙剑、七叶一枝花、车前草、半夏、南星、丝瓜叶、蚤休、木芙蓉等其中几种，加少许食盐，捣烂外敷。

5．一般内治：通便泻火，龙胆草1两、白芷4钱。解毒燥湿，雄黄1钱、白矾1钱、白芷3钱，研末，成人每日1钱，白酒送下，儿童5分开水送下。散瘀解毒，五灵脂1钱半，雄黄5分，研末，酒送下。增强抗毒力，静脉点滴5～10%葡萄糖1000毫升，内加氢化可的松200毫克。抗感染，可肌注青、链霉素。

6．对症处理：呼吸抑制，用洛贝林或可拉明。血压偏低，静注25～50%葡萄糖100毫升。

7．中毒严重者应及时送到医院治疗。

疯狗咬伤

疯狗咬伤，可引起狂犬病。当人被疯狗咬伤后，狂犬病毒经伤口进入体内，经10天到1个月左右引起发病。病毒存在疯狗的唾液中。

病状 病初感觉微热、头痛、恶心，受伤创口有痛痒麻木。进而病人出现狂躁、抽搐、精神失常。病人怕水，喝水、看到水、听到流水声都能引起抽搐及咽喉痉挛。所以也叫"恐水病"。后期不再抽搐，而出现瘫痪、感觉消失、呼吸微弱以至死亡。

预防 捕杀疯狗，怀疑被疯狗咬伤，伤口应马上用清水及肥皂水反复冲洗，扩创。尽可能争取注射狂犬病疫苗，每天1次，每次2毫升，共14～21次。

治疗 确定为疯狗咬伤，应立即送往医院治疗。如果病人已出现抽搐，可用巴比妥、水合氯醛减轻抽搐（用量见破伤风项），也可用蜈蚣2条，焙黄研末，烧酒少量调服。

（按：狂犬病发病后，目前一般的疗法效果很差。因此必须争取早期注射疫苗。这里介绍一个处方，供治疗参考：潜伏期内，服两种丸药。一种由雄黄5分、桃仁6钱、大黄3钱、蜈蚣6条及䗪虫2个制成，每次1丸2钱，黄酒送下。2小时后，服第二种丸药1个，由

滑石6钱、甘草1钱、青黛6钱、板蓝根1两、琥珀2钱制成，每丸2钱。每日服1次（各1丸），共14次。发病后，服湯药，板蓝根1两、大青叶5钱、青黛6钱、桃仁4钱、大黄1钱、蝉蜕3钱、蜈蚣2条、全蝎5分、勾藤4钱，每日1剂，分2次服。同时服硃砂及琥珀各5分。）

中　暑

暑天受炎日曝晒，或在高温车间劳动时间过长，产妇在不通风的屋中受暑热，可发生中暑。依病因和病状不同，可分为日射病、热痉挛及热射病三种。

病状

1．**日射病**　剧烈头痛、头晕、眼花、恶心、呕吐，进而昏睡，但体温不高或稍升高。

2．**热痉挛**　大汗淋漓，小腿肌肉先抽搐，继而发生四肢肌肉和腹肌痉挛、疼痛，可併发休克。

3．**热射病**　四肢痠痛、头晕、思睡、高热、皮肤无汗。严重者神志昏迷、呕吐、腹泻、尿少、呼吸不匀、心律不齐、抽风、血压下降等。

预防

1．夏季加强劳动卫生宣传，使群众了解中暑的早期病状并能及时处理。

2．合理安排劳动时间，夏季早出工、午间休息时间适当延长，晚收工。劳动中多喝凉开水（最好加少量盐）。

3．做好个人防护。产房要保持空气流通。

治疗

1．轻者搬移到阴凉通风处，平卧，松解衣扣，喝冷盐开水、冷茶，用冷手巾敷头部、擦身。服人丹、十滴水或行刮痧疗法（方法：用硬币或湯匙蘸清水或食油，在病人颈项、胸背等处反复地刮，直至局部皮肤发红紫色为止。刮时用力要均匀，不要太重，以免将表皮刮破）。同时按摩四肢皮肤，以促进血液循环，加速散热。

2．新针疗法：主穴人中、十宣、涌泉；备穴百会、曲池、大椎。

刺十宣出血，再刺人中、涌泉，中、强度刺激。

3．山羊角2钱、竹叶4钱、西瓜皮1两、绿豆1两，煎汤内服。

4．对症疗法：

(1) 重症有肌肉抽搐病人，立即饮大量盐开水或静脉点滴生理盐水1000毫升。

(2) 高热病人除进行物理降温外，如体温不降、血压不低时，可给安乃近0.5克肌肉注射或加冬眠灵25毫克肌肉注射。针刺大椎、曲池、内关、足三里协助降温。

(3) 呼吸、循环抑制的病人，皮下注射可拉明1.5毫升，或用黄荆叶捣汁点鼻，或用牙皂1钱、细辛1钱、樟脑5分，研末，取少许吹入鼻腔。血压低时加用升压药（同休克升压治疗）。

第十二章　常见小儿疾病

小 儿 惊 厥

惊厥就是一般所说的抽风，是小儿常见的一种危急症状。多见于6岁以下小儿，年龄越小越易发生。惊厥的发生多是由于神经系统的暂时性功能紊乱，不一定伴有神经系统的器质性病变。例如高热就是引起小儿抽风的一项常见原因。

病状　惊厥的表现有轻有重。轻者仅见两腿发直、翻眼、四肢发挺，片刻就缓解，神志清醒。重者头向后仰，眼球上转，神志不清，面部及四肢肌肉抽动。严重时呼吸浅弱而不规则，颜面青紫，可因窒息而死亡。

急救处理　当发现病儿抽风时，必须遵循毛主席“**我们需要的是热烈而镇定的情绪，紧张而有秩序的工作**”的教导，分秒必争，及时地进行诊断及抢救。

首先应使病儿呼吸道通畅，同时设法缓解抽风。让病儿平卧，头歪向一侧，以免口腔分泌物流入气管引起窒息。松解衣扣。用清洁布裹压舌板或筷子，垫在上、下磨牙之间，以防咬舌。针刺治疗，选人中、合谷、十宣、涌泉、足三里等穴位。反复抽风，需用镇静药缓解抽风。出现呼吸浅弱或窒息，立即进行口对口人工呼吸。

缓解抽风常用药物有：

(1) 苯巴比妥钠，每次每公斤体重6～8毫克肌注。1～3个月小儿每次用量为0.01～0.02克，3～6个月为0.02～0.03克，6～12个月为0.03～0.05克。

(2) 10%水合氯醛，每次每公斤体重30～60毫克，加水至10～15毫升，直肠内注入。

(3) 氯丙嗪，按每公斤体重1～2毫克肌注。

(4) 抱龙丸、至宝丹，发烧引起抽风时，口服抱龙丸，3岁以下

每次半丸，至宝丹量酌减；不能口服时可直肠内注入，量可稍大，加水 10～20 毫升。

以上药物，每次用一种。无效时，半小时后可重复再用（但用量应较首次稍小）或改用另一种药物。以二种药物交替使用为宜。

病因诊断与治疗原则 在进行抢救的同时，要找出惊厥的原因，以便治标与治本兼顾。引起小儿抽风的原因有：

1．**急惊风**（惊厥伴有高热） 发病急，高热后不久就出现抽风发作。但也有发热数天后才出现抽风的。

（1）高热惊厥：上呼吸道感染、流感等发高热时，可引起小儿抽风。特点是抽风常在发病初期数小时内就发生，持续时间不长，热度下降后，抽风自行缓解，多不再发作。病儿神志清醒，一般状态好。

处理：制止抽风同时降温。可针刺曲池、大椎，或用安乃近 0.3 毫升注射上述穴位，也可同时用安乃近点鼻。还可用凉手巾放前额降温或用温水擦澡。

（2）神经系统感染引起的惊厥：如脑膜炎、脑炎，常可引起抽风。除发热、抽风，尚有剧烈头痛及呕吐。惊厥的特点是反复发作，抽风缓解后病儿神志不清、昏迷，全身中毒症状重，一般情况也不好，可与高热引起的惊厥作鉴别。此外，脑膜炎时，脑压高，病儿前囟膨隆，有脑膜刺激征。此时除及时控制惊厥外，同时应治疗脑膜炎。

（3）其他感染性疾病引起的惊厥：如小儿肺炎、痢疾、麻疹、百日咳等，除因高热引起抽风外，也可因机体对感染毒素的强烈反应而发生惊厥（中毒性脑病）。例如：小儿痢疾初期可因高热抽风，降温后抽风停止。如仍反复发作，而且抽风缓解后病儿神志不清，一般状态不好，需考虑是痢疾所致的中毒性脑病。

2．**慢惊风**（惊厥不伴有发热）

（1）婴儿手足搐搦［音逆，nì］症，常见于一岁以内婴儿，尤其是人工喂养的婴儿及早产儿。特点是一般不发烧，突然发生惊厥，失去知觉，全身肌肉抽动，手指捏成锥形。一日可发作数次或数日发作一次。不发作时，病儿吃玩如常。低钙也可引起喉痉挛，表现为呼吸困难、颜面苍白、吸气拖长，严重时可突然窒息而死亡。

处理：在制止抽风的同时应补充钙。可用 10%葡萄糖酸钙 5～10

毫升肌注。平时可将鱼骨或蛋壳焙干、压碎研细、过细筛，每次1～2分，每日2次口服。或牡蛎3钱、鸡血藤2钱，水煎服，一日1剂。小儿应经常抱出户外晒太阳，以补充维生素丁，促进钙质吸收。

(2) 无热惊厥发生在较大儿童时，应考虑癫痫。特点是长期反复发作，不发作时病儿正常。

新生儿在生后4～10天内发生惊厥，应考虑到是否破伤风（脐风）。病儿牙关紧闭，不能吮奶，四肢抽搐，角弓反张。应及时抢救治疗。

小儿腹泻

腹泻是小儿疾病的一项常见症状。2岁以下的小儿，胃肠道发育还不完善，功能不健全，尤易发生。饮食过量、吃不易消化或变质的食物、气候改变、受凉等，都可引起腹泻。其他疾病如麻疹、肺炎、中耳炎时，也易发生腹泻。

病状 根据病因和病状特点，小儿腹泻可分为寒泻、热泻、伤食泻、脾虚泻等四种类型。

1. **寒泻** 受凉引起的腹泻，四季都可发生。一般不发热，腹泻一日数次至十余次，并有呕吐、腹痛、肠鸣，便清稀或泡沫样。尿色清。舌苔淡白。

2. **热泻** 夏秋季受暑热后引起的腹泻。大便粘稠、色深黄、量多。身热、口渴，腹痛较剧烈。尿少色深。舌质红，苔黄。

3. **伤食泻** 饮食不当引起。多不发烧。但如果吃了腐败变质的食物，发生胃肠道感染，可有发热，病情也较重。腹泻一日十余次，大便绿色，有乳瓣及酸臭味。小便少，常为乳白色。腹痛、腹胀，泻后腹痛减轻。不愿吃奶，欲吐。舌苔厚腻。

4. **脾虚泻** 慢性，多因喂养不当或经常腹泻。病儿精神不振，消瘦，面色萎黄或苍白，腹胀满，食欲不振或食后即泻。便清稀、色淡、含不消化食物，臭味不重。舌苔白滑。

各种原因的腹泻，轻时病儿一般状态尚好，不影响吃奶，经治疗常很快好转。如腹泻和呕吐频繁，可引起脱水和酸中毒。病儿精神萎靡，不吃奶，尿少甚至无尿；短期内明显消瘦，前囟及眼窝下陷，口

唇干燥，皮肤失去弹性；呼吸深快，甚至四肢发凉，面色灰白，发生休克。

预防

1．注意饮食卫生，按时喂奶（每3～4小时一次），勿喂不易消化或腐败的食物。

2．母乳喂养。母乳不足时尽力想法催乳。不成功时，再改用人工喂养（见后面小儿喂养）。

3．提倡计划生育，避免生育过密过多，使母体健康，婴儿得到充足的母乳营养。

治疗

1．调整饮食：调整饮食是治疗小儿腹泻的基本方法。先应酌情减少饮食，腹泻呕吐频繁时，应停食6～12小时。停奶期间可勤喂糖盐水，然后逐渐增加奶量。可用胡萝卜汤，营养较好，并能使大便成形。方法是胡萝卜加食盐少許，煮软或蒸软，捣烂碾细，再加热水一倍调匀。

2．婴儿止泻验法：

（1）高粱糠炒熟（勿焦），研细末，加水加糖成糊，每次用糠約1钱，一日3次。6个月以下或呕吐频繁者不宜用。

（2）杨铁叶、桦树皮、老柞树皮（或叶）或苍耳子，任选一种煎水洗脚。

（3）熟鸡蛋去白取黄，温火焙焦后加水冲服，每次1个，一日1～2次。

3．穴位注射：止泻取足三里、止泻穴，止吐取内关、中脘，每穴注射0.025％阿托品（即一般的阿托品针剂加注射水一倍）0.2～0.4毫升。

4．中药治疗：

（1）寒泻：理中丸，一丸分5次服，一日2次。重症用附子理中丸。丁香及肉桂各3分，研末，放暖脐膏中心，贴脐部。

（2）热泻：六一散2钱水煎服。或白扁豆3钱、滑石2钱、车前叶2钱，水煎服。西瓜水可清热利尿。

（3）伤食泻：保和丸1钱，每日3次，先将药丸捣碎，加水少

許，隔水煮后，去渣喝湯。鸡肫［音真，zhēn］皮（鸡內金）2钱，焙干研末，加白糖內服。或焦山楂、莱菔子等量研成细末，每次1钱，每日2次。

(4)脾虚泻：参苓白朮散每次半包，每日2次。或白朮1钱、山药2钱、薏苡米2钱、莲肉2钱，水煎服，每日2次。

5．抗菌药物：有发热、严重吐泻等，可选用新霉素50毫克/公斤/日、黄连素10毫克/公斤/日、磺胺胍200毫克/公斤/日、痢特灵10毫克/公斤/日等，一日量分3次服。

6．液体疗法：脫水、酸中毒症状明显，且呕吐频繁时，应经静脉补充液体。常用液体配方：1分0.9%氯化钠，1分5%葡萄糖，再加适当量的11.2%乳酸钠(乳酸钠液的用量是总输液量的1/24～1/12)。输液总量一日按60～80毫升/公斤计算。

例，5个月小儿，体重6公斤，有重度脫水。输液总量为80毫升×6＝480毫升，可按500毫升计算。输液配方：0.9%氯化钠250毫升，5%葡萄糖250毫升。11.2%乳酸钠用总输液量的1/12，应加20毫升。

输液速度先快后慢，总量的一半在8小时內滴完，其余一半在16小时內滴完。

补液后出现腹脹时，如有尿可补充鉀。按10%氯化鉀液1～2毫升/公斤计算，最好口服。也可静滴，每500毫升溶液中加入10%氯化鉀不超过15毫升，注意速度不可太快，至少8小时滴完。禁止静注！

补液时如出现抽风，往往由于血鈣低引起，可用10%葡萄糖酸鈣5～10毫升肌注。

7．捏脊疗法：病儿营养不良或腹泻时间较长、反复发作时，可采用。方法见626页。每日1次，10～15次为一疗程。

佝 僂 病

小儿于1岁左右骨骼生长很快，需要大量的鈣质，如果体內鈣质不足，骨骼生长缺少原料，长的不硬，四肢变形，走路很晚，就是佝僂病，也叫软骨病。

人体内的钙，除了从食物中摄取，又与阳光照射关系密切。皮肤经阳光照射后，能产生大量的维生素丁，维生素丁能促使钙质进入骨骼。小儿食物中缺钙，或者晒太阳太少，身体中缺乏维生素丁，结果骨骼的生长发育就受到限制。

病状 得病初期小儿不活泼，爱哭闹，夜间睡眠不安，多汗，喜欢摇头，后枕部头发脱落，发育迟缓，逐渐出现骨骼发育异常。6个月以内严重病儿，颅骨改变，按上去觉硬而有弹性。1岁以上病儿，头常呈方形，前囟大，有时可延迟到2～3岁时才闭合。胸的两侧肋骨与软骨交界处膨大形成串珠状突起，胸骨凸起而呈佝偻胸（"鸡胸"）。由于骨质软化，四肢常呈弯曲，常见有"箩圈腿"或"X"形腿（膝外翻或膝内翻）；脊柱后凸（驼背）。四肢肌肉松弛无力，病儿能坐会走均较正常小儿晚，容易跌交。佝偻病停止进展后，骨骼畸形轻的可能在发育中逐渐矫正，重的则可能残留。

佝偻病病儿不仅生长发育不好，而且身体抵抗力差，如得麻疹易併发肺炎，得感冒易引起腹泻，并且病程长，不易治好。

防治 北方冬季较长，阳光不足，本病发病率较南方为高。必须积极开展佝偻病的防治工作，保证儿童的健康发育。

1．积极开展计划生育，做好孕妇保健，使母体健康，幼儿得到充足的营养，从而减少佝偻病发生机会。

2．小儿发育中，特别是冬、春寒冷季节，尽可能多到户外晒太阳。玻璃可以阻挡阳光中的紫外线，所以隔着玻璃晒太阳不能达到效果。

3．合理喂养。6个月以上的小儿，除吃母乳外，需添加蔬菜、豆腐、鸡蛋黄、粥等食物。

4．早产儿及营养不良小儿有条件可服鱼肝油制剂，预防用量按每日维生素丁800～1000单位计算。治疗用量5000～10,000单位。

5．补充钙质，可将鱼骨、鸡鸭蛋壳等焙干，压碎后过细罗，研为细末，一日2次，每次1～2分口服。白术、牡蛎各等量，共研成细末，每次2分，每日3次。

6．严重病儿，3～4岁尚不能行走，可采用大剂量维生素丁$_3$治疗。一次肌注30～60万单位，1～2月后再注射1次。肌注前，先用

大剂量钙剂，5%氯化钙 5～10 毫升或乳酸钙 0.3～0.5 克，一日 3 次，共服 3～5 天。

麻　疹

麻疹俗称"出疹子"，是最常见的一种小儿传染病，由麻疹病毒引起，多见于6月～5岁小儿。麻疹病毒主要经呼吸道传染，传染性强，常在冬春流行。病后一般有终身免疫。

病状　疹前期：病初起似感冒，有发热、咳嗽、流鼻涕、打喷嚏、眼红、眼泪汪汪、怕光等症状。发病2～4日后，口内颊粘膜近磨牙处可见到针尖大的小白点，周围一圈红晕，叫麻疹斑，是早期诊断的重要依据。

发疹期：发病后4～6日开始出现皮疹。先见于耳后、颈部，逐渐波及到面部、躯干和四肢。皮疹大小形状不一，为暗红色斑丘疹，压之不退色，可融合成片，但皮疹之间仍可见到正常皮肤。此时发烧更高，食欲不振，婴儿可有腹泻。皮疹在3～5日内出齐，有时疹子未出透，突然皮疹隐退，四肢发凉，呼吸迫促，通称"内攻"或"疹毒内陷"，是病情严重的表现。

恢复期：皮疹发透后，病儿中毒症状减轻，一般状态明显好转，体温逐渐降至正常。皮疹逐渐消退，呈糠样脱屑，并遗留棕色斑点，1～2周后消失。

併发病：皮疹消失而高热不退，或热退后又高热，全身症状不见减轻，常表示有併发病。

1．支气管肺炎：咳嗽加重，伴有呼吸急促、口唇青紫，肺部听诊有湿罗音，重者可导致心力衰竭。

2．喉炎：病儿声音嘶哑、干咳，呼吸困难，以吸气困难为主，严重时可窒息。

麻疹应和风疹、幼儿急疹及猩红热等疾病进行鉴别。（见附风疹、幼儿急疹及猩红热。）

防治

麻疹传染性强，必须切实做好预防工作。在麻疹流行期间，要把住"三关"：（1）预防儿童发生麻疹；（2）不让麻疹病儿发生肺炎；

(3) 不让有併发病的病儿死亡。

1. 预防注射：定期对6月～7岁的健康易感儿注射麻疹疫苗。一次用麻疹减毒活疫苗0.2毫升，皮下注射，2～3年后应再注射一次。

2. 对麻疹病儿要早期隔离（隔离到出疹以后5日），早期治疗。出疹期至少每日到病家访视病儿一次，直至疹退、体温正常。

3. 护理：对麻疹病儿，护理比治疗重要，护理的好，绝大多数恢复很快，不发生併发病。为了避免併发病的发生，要注意室內通风，空气新鲜，避免过冷过热，应给病儿吃易消化的食物，多饮水。注意眼和口腔的卫生，必要时用清水冲洗或0.25%氯霉素点眼。

4. 疹前期，宜解表透疹：

(1) 浮萍草3钱，或香菜煎湯服。

(2) 双花、连翘各3钱，鲜芦根1两，紫草、荆芥穗、牛蒡子各1钱，薄荷5分，水煎服。

5. 发疹期，宜清热透疹：

(1) 可服用紫草丸，每次半丸，日服2～3次。

(2) 鲜芦根1两半，水煎服，一日3～4次。

(3) 可用紫草、连翘、牛蒡子、桑叶各1钱，元参、杏仁各5分，水煎服。

(4) 发疹期高热者，可服回春丹，7岁以下每次2粒，7岁以上每次3粒，日服2～3次。

(5) 若皮疹正透发时，感受风寒，致使疹退者，为毒邪內陷，仍宜透表。可用荆防败毒散加减（荆芥、防风、薄荷、牛蒡子、桔梗、甘草）。

皮疹內攻、病情险急时，注射25%可拉明或維他康复。出现心力衰竭时，可用毒毛旋花子素K（见222页）。

6. 其他治疗，一般发热不宜给退热药。高热时为防止惊厥，可给小量退热药。小儿烦躁不安，可给镇静剂。咳嗽重时，可给镇咳剂。

有肺炎、喉炎併发症时，应及时给以治疗（参照 214、369页）。

[附] 风疹、幼儿急疹及猩红热

1. **风疹** 症状较轻。发热，皮疹在1～2天内很快出齐，为淡红色斑丘疹，有瘙痒，于1～2日内就消退，无脱屑，无色素沉着。耳后及枕部淋巴结肿大是本病的一个特点。可对症治疗，预后良好。

2. **幼儿急疹** 一般俗称"烧疹"。高热3～5天，出疹时体温开始下降。皮疹多集中躯干，四肢较少，1～2天内消退，无脱屑，无色素沉着。可对症治疗，预后良好。

3. **猩红热** 是细菌感染引起的一种传染病，除发热外，常有嗓子痛及扁桃体明显充血肿大、颌下淋巴结肿大。发热1～2天内出疹，出疹时热度很高，皮肤潮红，在一片红的皮肤上有鸡皮状细粒，压之退色。疹退后有片状大块脱皮，无色素沉着。

治疗：(1) 用蒲公英1～2两，水煎服，每日1剂；或板蓝根1两，双花5钱、生甘草2钱，水煎服。(2) 轻症可用磺胺噻唑或磺胺嘧啶，一日100～150毫克/公斤，加等量碳酸氢钠合用，分4次服。严重时早期用青霉素每次20万单位，一日3～4次肌注。病情减轻后用油剂青霉素，40万单位，每日一次肌注，用5～7天。

百 日 咳

百日咳是儿童，尤其是6岁以下小儿常见的一种呼吸道急性传染病。致病菌是百日咳杆菌。冬春两季发病较多。

病状 初发病象感冒，咳嗽、流涕，一般不发烧或有微热。经7～10天左右，咳嗽逐渐加重，呈阵发性连声咳嗽（痉咳），每日阵发十数次，甚至数十次，晚间尤重。痉咳发作时，病儿面红耳赤、泪涕交流、口唇青紫、呕吐，最后常以一次带笛声的深吸气而暂停。不久，痉咳再次发作，如此反复，病儿十分痛苦，哭闹不安。体弱婴儿有时可因阵咳缺氧而发生惊厥或窒息。痉咳可引起眼睑浮肿、鼻出血、眼球结膜出血、舌系带溃疡（出牙的儿童发生）等。肺部检查多正常或仅听到干罗音。痉咳持续約4～6周后逐渐减轻。全病程可延续3个月。体弱小儿易合併肺炎。

防治

1. 对6岁以下小儿进行百日咳菌苗和白喉类毒素的二联菌苗预防注射。注射后一年可重复注射一次。

2. 流行季节不要带小孩串门。痉咳期传染性最强，此时尤其要避免病儿和健康孩子接触。

3. 病儿多喝开水，注意保暖，避免烟呛，以防加重咳嗽和并发肺炎。

4. 将鸡苦胆刺破取胆汁，加白糖服。1岁以下日服1个，1～3岁日服2个。猪、羊苦胆也可。可用猪苦胆粉、淀粉各1两，白糖1两混合，每服1～2分，日服2次。

5. 中草药治疗：

(1) 百部草2钱、杏仁1钱、冰糖3钱，浓煎，一日分4次服。

(2) 50%马齿苋糖浆100毫升，每次10毫升，每日3～4次。

(3) 天冬合剂：天冬5钱、麦冬5钱、百部3钱、半夏2钱、瓜蒌2钱、橘红2钱、竹茹2钱，水煎服。1～3岁分6次服，4～6岁分4次服。

(4) 紫皮蒜1两，去皮捣碎，加水400毫升浸泡，取浸出液加白糖，每服10毫升，每日3次，连服7天。

6. 穴位注射：肺俞、天突、定喘等穴。

7. 耳针：主穴平喘、肺、肾上腺，配穴神门、气管。

8. 发病初期可用氯霉素25～50毫克/公斤/日，分4次服，连服5～7天；或用合霉素，量加倍。

9. 剧烈咳嗽，可用镇静解痉剂如氯丙嗪，用量1毫克/公斤/次，睡前服。成药止咳糖浆、百喘朋等均可选用。

流行性腮腺炎

本病又称“痄腮”，由腮腺炎病毒经呼吸道引起，冬春季流行，儿童多见，成人也可感染。

病状 起病较急，有发烧、头痛、呕吐等症状。发病1～2日后，病儿一侧或两侧耳前下方出现肿胀，围绕耳垂，边缘不清，皮肤不发红，较硬而不化脓，有胀痛感，吃酸性食物时加重。检查见腮腺管口处红肿（在口腔内上颌与第二磨牙相对的颊粘膜处），有时伴有颌下

淋巴结肿大。病程約 2 周。

併发病

1．睾丸炎：多在腮腺肿脹后 2～10 日发生。睾丸肿脹疼痛，有的病人睾丸可萎缩，影响生育。一般 10 日左右消退。

2．脑膜脑炎：少数病儿可出现剧烈头痛、嗜睡、喷射性呕吐、颈强直，甚至惊厥、昏迷等症状。但后果多良好。

防治

1．早发现并隔离病儿至腮肿消退。

2．针刺翳风、颊车、合谷、曲池等穴。

3．板蓝根 1 两水煎服，或加双花、甘草各 2 钱，连服 2～4 日。

4．外用：土豆泥、绿豆面或金黄散、青黛,醋调敷腮部。也可用葱白 5 寸、白矾 3 钱、白糖 3 钱，混合捣成膏状敷腮部，一日 2～3 次。

白　喉

白喉是由白喉杆菌引起的一种严重的急性传染病。主要经呼吸道传染，也可经用具、衣服等传播。秋冬季易发生，多见于 10 岁以下儿童。目前普遍开展预防接种，白喉发病率已大大降低。

病状　起病較緩，但全身症状較重。发热 38～39°C，病儿精神萎靡，面色苍白、全身无力、头痛、厌食、恶心，逐漸有舌咽痛。颈部淋巴结可肿大。本病特点是咽腭部与扁桃体上可见有灰白色的假膜附着，不易擦去（强擦易出血），称为咽白喉，較多见。假膜如果波及喉部，叫喉白喉，除有上述全身中毒症状外，病儿并有哭声嘶哑，呼吸困难（吸气时尤其显著），颜面发绀，烦躁不安，抢救如不及时，有窒息死亡的危险。

秋冬季遇高热病儿，应注意检查咽部和扁桃体。急性扁桃体炎时，病儿虽有高热、咽痛，但咽部和扁桃体以充血为主，扁桃体上可有似白膜的脓性分泌物，但易擦去，且不出血，病儿极少发生呼吸困难，可以区别。

防治

1．流行季节要作好百日咳、白喉二联菌苗预防注射。勿带小孩

随便串门。

2. 与病儿接触过的体弱幼儿，可口服万年青浸剂预防，每服5～10毫升，一日2次，连服3日。也可用萝卜缨杆、土牛膝根、板蓝根各5钱，水煎，一日分3次服。

3. 病儿及时隔离治疗，卧床休息，多喝开水，仔细护理。

4. 青霉素20～40万单位肌注，每日2～3次。同时应用白喉抗毒素1～6万单位肌注。注射前两药均须作敏感试验。

5. 银花3钱、连翘2钱、黄芩3钱、板蓝根3钱，水煎服，每日1剂。或服养阴清肺片。

6. 密切注意病儿呼吸与心率的变化。如突然烦躁不安，出现明显的吸气性呼吸困难、面色发白、口唇青紫时，应立即行气管切开，防止窒息。在起病一周或恢复期时，病儿出现心慌、呕吐、面色灰白、脉弱、心率加快、手足发冷，表示併发中毒性心肌炎，应立即用10%葡萄糖250毫升缓慢静滴（每分钟10～15滴）。并送医院抢救。

脊髓灰质炎

又称“小儿麻痹症”或“小儿瘫”，是由脊髓灰质炎病毒经胃肠道和呼吸道传染的急性传染病。易发生于夏秋二季和5岁以下小儿。资产阶级“权威”从来就认为小儿麻痹是“不治之症”，得病后只能残废终生。中国人民解放军医务工作者，遵循伟大领袖毛主席的教导：“**人类总得不断地总结经验，有所发现，有所发明，有所创造，有所前进。停止的论点，悲观的论点，无所作为和骄傲自满的论点，都是错误的。**”发扬敢想、敢干的大无畏革命精神，带着深厚的无产阶级感情，在无产阶级文化大革命中，创造运用穴位结扎疗法和穴位强刺激疗法，成功地治愈许多小儿麻痹后遗症病儿，用战无不胜的毛泽东思想打开了这个“不治之症”的禁区。这是毛主席无产阶级革命路线的重大胜利。

病状 起病较急，发热、全身不适、咳嗽、咽痛、呕吐或腹泻等，这些病状1～4日后即消失。经过数日，又再度发热，并出现嗜睡、呕吐等，突出的是肢体肌肉痛和痛觉过敏，因此病儿常不要人抚抱。

当体温开始下降（发热的第3、4日），出现肢体瘫痪，一侧上、下

肢居多。瘫痪的特点是：软而无力（弛缓性），无明显感觉障碍，腱反射消失，不出现病理反射。严重时双侧肢体瘫痪，甚至呼吸肌麻痹，引起呼吸困难，可危及生命。

肌肉瘫痪，在体温正常后1～2日就不再进展，而且可能逐渐恢复，后来残留某些肌群的麻痹，常在下肢。

夏秋季节，小儿一度发生类似感冒、胃肠炎的症状，再次发热而有肢体痛，就应考虑到本病，以利早期治疗。

预防

1．贯彻"**防预为主**"方针，5岁以下小儿定期服用脊髓灰质炎糖丸疫苗。

2．一旦发现散发病儿，应立即隔离治疗，并报告防疫部门。隔离时间40天，将病儿的粪便用热灶灰拌搅后深埋，病儿使用的衣物、玩物和食具要用开水烫洗或用1‰高锰酸钾液浸泡1小时，被褥可放在阳光下曝晒消毒。

治疗　急性期治疗：

1．应保持安静，增进营养。避免肌肉注射（以减少瘫痪的机会）。

(1) 发热、恶风、咽痛、咳嗽，用银翘散加减内服：银花2钱、连翘2钱、薄荷1钱、竹叶2钱、甘草1钱、荆芥1钱、鲜芦根2钱，水煎服。

(2) 口服维生素丙（100毫克，一日3次）和乙$_1$（20毫克，一日3次）。

2．瘫痪刚出现，立即进行治疗，不要等待。治疗方法可用穴位针刺、经穴注射、按摩、热敷等。

(1) 穴位针刺：

上肢：主穴新设、曲池。备穴养老、肩贞。手法曲池透少海、养老透内关。

下肢：主穴大肠俞。备穴十七椎、阳陵泉、绝骨、环跳。

(2) 穴位注射：加兰他敏、维生素乙$_{12}$两液等量混合，依病情选择上述穴位作穴位注射，每次0.5～1.0毫升。

(3) 督脉注射（参见第五章新医疗法）。

3．加兰他敏，0.05～0.1毫克/公斤/日，每日或隔日皮下注射一次，30日为一疗程。停1月可再用，共3～5疗程。配作穴位注射后，就不必单独用。

4．经常消除病儿鼻咽部分泌物，保持呼吸道通畅。密切注意病儿呼吸、心率情况，出现呼吸困难和心脏功能改变时，及时送医院抢救。

瘫痪延续治疗：

1．根据肢体瘫痪的部位，继续采用上述新针、水针、督脉注射等新医疗法。后期肢体有某些明显外形改变时，可用埋线或其他埋植疗法。选穴如下（参照“新医疗法”章）：

主要病状	主要穴位
不能抬腿、踢腿	环跳、迈步
膝关节过伸	直立、髀阳（腘横纹中央下4寸，偏外1.5寸）
足下垂	足三里、阳陵泉
足弓过大、足内翻	丘墟、悬钟
足趾屈曲	趾平（趾跟上中点）太冲
足跟不着地	落地、丘墟
足过度背屈	承山
不能抬肩	肩贞、肩髃
不能屈腕、屈指	内关、间使
不能伸腕、伸指	曲池、外关

丘墟穴埋线、结扎易出血，故可采用单纯刺激方法。刺激法有二：（1）消毒局麻后，用三棱针刺入0.3～1.0厘米，麻感至足跟、足尖部；（2）消毒局麻后，用尖刀刺破皮肤，做0.3厘米纵行切口，用止血钳刺激，消毒包扎。隔1～2周做1次。

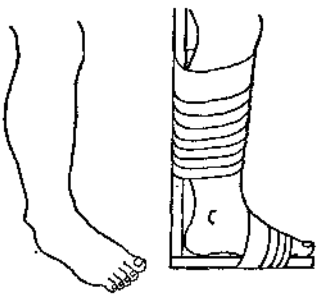


图 12-1　下垂内翻足副木固定

2．推拿疗法：

上肢：擦脊柱颈椎至胸椎上段，5～10分钟；再从大椎沿

病肢外侧、桡侧滚到合谷，約5分钟；拿病肢内外侧。

下肢：滚和擦从腰到病肢，拿病肢内外侧到跟腱。

3．鼓励病儿主动鍛炼，多作某些动作。预防和矫正肢体畸形，如用夹板、穿特做的鞋等。严重的畸形常需手术矫正（图12-1）。

［附］ 小儿喂养

1岁以下乳儿的营养需要较高，但消化能力却很弱。种种传染病以及环境温度变化等，都可以使消化机能受到障碍而引起营养紊乱。所以乳儿的喂养非常重要。

1．母乳喂养　母乳最适合乳儿的营养需要和消化能力。如母乳不足，首先应设法帮助母亲增加乳量，不成功时再改用人工喂养。

2．人工喂养　各地可根据自己的条件、习惯，用牛奶、羊奶、豆浆或淀粉类食品喂养乳儿。

（1）淀粉类食品：常用大米、小米或高粱米磨成粉，在锅内干蒸，晾干制成糕干粉，吃时加糖，用开水冲成糊状。玉米小楂子水淘后取其沉淀，在锅内干蒸，晾干也可用。

在应用以上食品时最好再加入适量的维生素丙、食盐及鈣等营养物质。

（2）豆浆：先将黄豆洗淨，用铁锅炒到微见棕色。然后用细磨研碎，再用细篩篩过，得极细的黄豆粉。每2两豆粉加食盐1克、糖1两，加开水冲调至1000毫升。

（3）牛、羊奶喂养：有牛、羊奶条件的地区，可以用。① 牛、羊奶必须先经过煮沸消毒，以防传染病。喂奶用的奶瓶和奶嘴应用开水冲洗后用。② 调配法：按小儿月龄，用水或米湯稀释成不同浓度后用。1个月内1份奶加1份水，逐漸改为2份奶加1份水，到3～4个月时可喂全乳。加糖量为5～8%。

每天需要的奶量可根据具体需要而定，一般可按每公斤体重需全奶100～120毫升计算。一日分5次，每4小时一次，夜间停一次。

例：2个月小儿体重4公斤，所需奶量为4×100＝400毫升，所需糖量为5%×400＝20克。加水200毫升，分5次喂，每次120毫升。

3．辅助食品　小儿5～6个月后，无论用母乳或用牛、羊奶喂养的，其营养渐渐不能满足小儿生长发育的需要，必需添加辅助食品，如米粥、碎菜、面片和鸡蛋等，由小量开始逐渐增加。

4．断乳　一般在1岁半后应断母乳。不然，乳儿可因不愿吃别的食物，会引起贫血、营养不良等后果。夏季乳儿消化力弱，而且食品容易污染，不宜断乳。

催奶和退奶的方法见第十三章产后随访项。

［附］　小儿用药剂量計算法

1．按体重计算　先用简易法估计病儿体重。计算法为：新生儿3公斤，5～6月6公斤，1岁9公斤，2岁12公斤。2岁以后按下述公式计算：年龄×2＋7＝体重公斤。如5岁的体重是：5×2＋7＝17公斤。

然后按每公斤体重的药物用量，算出病儿每日或每次应用的剂量。如四环素每日每公斤体重为50毫克，5岁每日应用50毫克×17＝850毫克。

2．按年龄计算

小儿年(月)龄	占成人剂量
初生至1个月	1/12～1/10
2～6个月	1/10～1/8
7～12个月	1/8～1/6
1～3岁	1/6～1/4
3～5岁	1/4～1/3
5～7岁	1/3～1/2
7～12岁	1/2～2/3

第十三章　常见妇女病和产科处理

在万恶的旧社会，广大劳动妇女，政治上受压迫，经济上受剥削，妇婴健康毫无保障，不少产妇在产前产后因大出血、产后风而死亡，婴儿死亡率很高。在伟大领袖毛主席的英明领导下，社会主义的新中国非常重视妇婴健康。但叛徒、内奸、工贼刘少奇疯狂抵制毛主席**"把医疗卫生工作的重点放到农村去"**的伟大指示，极力推行反革命修正主义卫生路线，在他们的干扰和破坏下，使农村一无医二无药。无产阶级文化大革命打倒了刘少奇，把医疗卫生大权掌握在无产阶级手中。我们必须坚决捍卫伟大领袖毛主席的无产阶级革命路线，认真贯彻**"预防为主"**的方针。妇女容易在月经期、妊娠期、产期、哺乳期得病，要认真做好"四期"保护。学好妇女病和产科处理这一章，推广计划生育，切实保证妇婴健康。

第一节　月经和经期卫生

月经是妇女的生理现象。妇女第一次来月经(称为初潮)多在13～15岁，到45～52岁断经（称为绝经）。开始来月经多不规则，经过半年到一年，才逐渐规律起来，每月行经一次。从月经的第一日到下次月经来潮，称为一个月经周期。月经周期一般为28～30日，25～45日之间也算正常。行经日数多为3～5日，2～7日也算正常。月经血为暗红色，多不凝。经期时多无不适，有时有下腹胀和腰酸，但不影响劳动。经期内全身和局部抵抗力相对地减弱，较易得病，因此应注意避免过劳，注意保暖，饮食要有节制，实行三调三不调制度（调干活不调湿活，调轻活不调重活，调近活不调远活）。由于月经期子宫口稍开大，病菌易侵入，所以应保持外阴部清洁，用干净的月经带，不可用髒布或髒棉花，已婚妇女不可合房。

月经是子宫周期性的出血，在每个月经周期里，子宫内膜有三个

阶段的变化。

第一阶段（月经期）：子宫内膜脱落，和血液混在一起，经阴道流出体外。

第二阶段（增生期）：从经期完了到下次行经前 14 日。子宫内膜增生肥厚。

第三阶段（分泌期）：从经前 14 日到下次行经之前。内膜继续增厚，变得疏松，血运更加丰富，为受精卵在子宫内发育作准备。而如果未受孕，到月经来潮前 1～2 日，内膜萎缩，毛细血管破裂出血，内膜脱落，又进入月经期。

子宫内膜这一重复的变化，是受卵巢支配的。卵巢在神经系统和垂体的支配、调节下，具有生殖功能和内分泌功能。经期开始时，卵巢的卵泡开始发育，逐渐成熟，约到下次月经前 14 日，卵泡破裂，排出 1 个卵细胞，称为排卵。这段时期分泌雌激素（也称卵泡素），使子宫内膜呈增生期变化。排卵后的卵泡处形成黄体，到月经前 1～2 日退化，这段时期分泌孕激素（也称黄体素），同时还分泌雌激素，使子宫内膜呈分泌期变化。卵细胞如未与精子相遇，黄体渐退化，孕激素和雌激素分泌减少以至消失，于是子宫内膜脱落、出血，就来月经。如卵细胞与精子相遇，形成受精卵，则黄体不退化而增大，继续分泌孕激素和雌激素，子宫内膜继续增厚，以保证胚胎的发育，直到妊娠13周左右，由新形成的胎盘代替其功能。从受孕起，月经暂时停止。

第二节　常见妇女病

月　經　病

月经病是常见病，包括月经不调、崩漏、痛经和闭经等症。若不及时治疗，往往影响健康和生育。对老年"经断重现"、"月经不断"，和中年妇女性交后出血，应去卫生院检查是否子宫颈癌出血，以便及早治疗。

治疗月经病时，首先要做细致的思想工作，消除病人的顾虑，用战无不胜的毛泽东思想武装头脑，增强战胜疾病的信心。其次要改善全身状况，注意劳动卫生。祖国医学对月经病有着丰富的诊疗经验，

诊治这类病宜以祖国医学辨证论治为主。

一、月 経 不 調

成年妇女的月经周期、经量等有改变，而生殖器官又沒有器质性病变者，称为月经不调。

月经不调的病状多样，为了便于辨证，分成四个类型：月经周期缩短、月经周期延长、月经周期不规律和月经周期规律但经量过多。

（一）月经周期缩短

多因卵巢黄体功能不全，或卵泡期缩短，或无排卵，雌激素一直偏低所造成。

治疗

1．中药及新针疗法：

（1）月经量多，色紫黑，粘稠；面色红，唇红干燥，便秘，小便色深；舌红苔黄，脉弦数；属血热，应凉血清热。可用柴芩四物湯（柴胡2钱、黄芩3钱、当归2钱、川芎1钱、白芍3钱、生地3钱）。新针疗法取穴行间、血海、三阴交，用弱刺激手法。

（2）月经量不多，色紫，有血块；下腹胀痛或有积块；舌红有紫斑点，苔淡黄，脉弦；属血瘀，应化瘀。可用桃红四物湯（当归2钱、川芎1钱、生地3钱、赤芍3钱、桃仁3钱、红花3钱）；新针疗法取穴中极、血海，用强刺激手法。

（3）月经量多，色淡红，质稀；面色苍白，精神不好，心悸气短，腰酸腿软；舌淡苔薄，脉无力；属气虚，应补气。可用黄芪4钱、白朮3钱、茯苓3钱、甘草1钱；新针疗法取穴地机、气海、足三里，用弱刺激手法。

2．卤碱疗法：用于经血量多的病人，效果显著。方法是：10%卤碱注射液20毫升，缓慢静注，每日1次，连续5～7日。可在经前1～2日开始。

3．内分泌疗法：可用延长月经周期的方法。于经期前3～4日肌注黄体酮20毫克，每日1次，连续4～6日。也可用人工月经周期的方法。经净开始，口服己烯雌酚1毫克，每日1次，连续服20日，随后肌注黄体酮20毫克，每日1次，连注5日，停药后3～4日月经可来

潮。

（二）月经周期延长

多因卵泡期延长或无排卵，或黄体萎缩不全所造成。

治疗

1．中药和新针疗法：

（1）月经量少，色淡红；面黄，头晕，心悸，失眠；舌淡苔薄，脉细弱；属血虚，应补脾养血。可用归脾丸，每日2次，每次1丸，开水送下；新针疗法取穴气海、血海、归来、三阴交、膈俞，用弱刺激手法。

（2）月经量少，色紫黑；面色苍白，四肢不暖，下腹冷痛喜按；舌淡苔薄白，脉沉迟；属血寒，应温经散寒。可用胶艾四物汤（阿胶4钱、艾叶5钱、当归3钱、熟地4钱、川芎1钱、白芍3钱）；灸法取穴气海、血海、归来、命门、关元。

（3）月经量不多，色紫，有血块；下腹胀痛，胸胁乳房胀痛；舌有紫斑苔白腻，脉沉涩；属血瘀，应化瘀。可用桃红四物汤（见前）；新针疗法取穴内关、中脘、行间，用强刺激手法。

2．内分泌疗法：可在月经后半期肌注黄体酮10～20毫克，每日1次，连用1周。也可于经期第3～4日，口服己烯雌酚，每日1次，0.5～1毫克，连服1周，促使子宫内膜修复，缩短经期。

（三）月经周期不规律

是指月经周期延长或缩短交替出现。

治疗

1．月经量多少不定，色淡；面色淡黄，喜卧，口淡无味，便稀；舌淡苔白，脉无力；属脾虚，应补脾调经。可用归脾丸或健脾丸，每日2次，每次1丸，开水送下；新针疗法取穴太白、三阴交、足三里、脾俞、胃俞，用弱刺激手法。如经血量多，可用卤碱疗法（见前）。

2．月经量少，色紫红；胸胁痛，乳胀，行经时下腹胀痛；舌苔薄白，脉弦；属气滞。可用柴胡（炒）7分、木香1钱、香附3钱、当归2钱、白芍2钱、甘草1钱、陈皮2钱、薄荷叶5分、煨姜3片。如兼热，则月经周期缩短，唇燥口干，舌红，脉数，应解郁清热。可用丹栀逍遥丸，每日2次，每次1丸，开水送下。新针疗法取穴内

关、行间、中脘，用强刺激手法。

（四）月经周期规律，经量过多

多因子宫内膜不规则成熟和不规则剥脱，因而延长出血时间和增加出血量。多见于流产或足月产后的妇女，月经周期虽正常，但月经量多，偶有经期长达半月或更长，间隔时间可短至3～15日者。

治疗

1．中药、新针、卤碱疗法，均可按上述辨证治疗。

2．子宫收缩药：可用麦角新硷0.2～0.4毫克，每日1～2次，肌注。也可口服益母丸，每日2次，每次1丸，开水送下。

3．经上述治疗仍有出血者，可去公社卫生院进一步诊治。

二、崩　　漏

崩漏是祖国医学的名称，相当于西医的“功能性子宫出血”中的一种。以青春期和更年期妇女多见。表现为周期缩短，以后流血不止；但多数是先停经2～3个月，以后流血不止。流血时间可长达月余，量可以很多，病人发生贫血。这种内生殖器没有器质性病变的崩漏，多因子宫内膜单纯受雌激素作用，使子宫内膜增生过度，边出血，边增生，两种过程交织在一起所造成。应和流产、宫外孕鉴别，老年妇女应想到子宫颈癌，必要时应去卫生院做妇科检查。

治疗

1．内分泌疗法：出血量多，需于短时间内止血者，可肌注大剂量已烯雌酚，日量16毫克，分2～4次。逐日减量，约2～3日可完全止血，再改为口服已烯雌酚，每日1次，每次1毫克，连服20日。停药后不久即可有月经来潮。经期后可改用人工月经周期的方法（见前）。必要时，已婚妇女可去卫生院行刮宫术。

2．中药疗法：

(1) 月经色淡，下腹冷痛，喜热怕冷，便稀，脉沉细，属虚寒，宜温。可用胶艾四物湯（见前）。

(2) 月经量多，色鲜红，胸闷胁胀，苔黄脉数，属血热，宜清热。可用知柏四物湯（当归2钱、白芍3钱、川芎1钱、生地3钱、知母3钱、黄柏3钱）或荆芥四物湯（当归2钱、川芎1钱、白芍3钱、

生地3钱、炒黑荆芥5钱）；也可用地榆4钱、槐花3钱、侧柏叶（炒黄）5钱，水煎服。

（3）月经血色紫黑，有血块，下腹胀痛拒按，脉沉涩，属血瘀，宜祛瘀。可用蒲黄3钱、五灵脂3钱，或用香附3钱、当归3钱、五灵脂3钱。血瘀兼热者可用黄芩（酒炒）4钱、侧柏叶（炒黄）5钱、蒲黄（炒黑）3钱；或用荆芥穗炭5钱、棉花子（炒）5钱，共研细末，分三次，开水冲服，一日三次。或用生地榆4钱，煎后用米醋半茶杯冲服，一次服完。或用丹参1钱、生地榆5钱、生地6钱、赤芍1钱5分、小蓟3钱、炙甘草5分。

3. 新针疗法：

出血量多：关元、三阴交、隐白、脾俞。属热或瘀者，用强刺激手法，寒者用灸法。

出血时间长：气海、脾俞、地机，用强刺激手法。

4. 更年期妇女可用丙酸睾丸酮，每日1次，每次25毫克，肌注。止血后可改为每周肌注2次，每次25毫克，但每月总量不得超过400毫克。

5. 对症治疗：麦角新硷0.2毫克，每日2次，肌注。也可用垂体后叶素或催产素10单位，每日2次，肌注。使子宫收缩达到止血。

6. 已婚妇女，必要时可去卫生院行刮宫术。

三、痛　　经

每逢经期或行经前后，出现下腹部疼痛，就是痛经。

本症特征是痛，多在经期前1～2日或月经来潮时开始，最初重，逐渐减轻消失。偶有疼痛延续到经期完了，甚至到经期后1～2日。部位多在下腹部，向腰部、肛门、会阴部放散。并伴有全身症状，如头晕、头痛、呕吐、烦躁、倦怠等。常见的原因有子宫发育不良、子宫过度前屈或后屈、子宫颈管狭窄、膜样月经等，生殖器炎症、肿瘤时也可发生。

治疗　治疗过程中，要多做思想解释工作，解除病人的顾虑和精神负担。

1. 能够查出原因，如是因炎症、肿瘤等引起的痛经，经公社卫生

院检查后，对原疾病进行治疗。

2．中药和新针疗法：

(1) 经前或来潮时，下腹部胀痛刺痛，连及胸胁，拒按，乳房胀痛；月经色紫，量不多，有血块，月经量增多后疼痛减轻；舌红苔薄或有紫斑点；脉沉涩；属气滞血瘀，应理气消瘀。可用：延胡索3钱(酒炒)、香附4钱、桃仁3钱，水煎服；或用泽兰2钱、丹参3钱、香附3钱，水煎服；或用蒲黄3钱、五灵脂3钱。新针取穴行间、气海、中极、三阴交、归来、血海，用强刺激手法。

(2) 经期或来潮后下腹冷痛，四肢怕冷；月经血色紫黑，量不多，淋漓不断；舌淡苔薄白，脉沉迟；属子宫寒凝，应温经散寒。可用艾附暖宫丸，每日2次，每次1丸，开水送下。或用丹参4钱、当归4钱、小茴香2钱，每日1剂。灸法取穴三阴交、归来、血海、气海、行间、中极。

(3) 经后持续性腹痛，喜按喜热敷，腰酸背痛，头痛目眩；月经血量多或少；舌淡苔薄，脉细无力；属气血虚，应补气养血。可用黄芪建中湯（黄芪4钱、桂枝2钱、炒白芍4钱、炙甘草1钱、生姜3片、大枣3枚、饴糖8钱），或当归建中湯（上方黄芪4钱改当归3钱)。新针疗法取穴肾俞、脾俞、肝俞、血海，用弱刺激手法。也可用灸法。

(4) 经前或经期腰酸，下腹剧痛，灼热感，拒按；喜冷，口干烦渴；月经血色深紫，有血块；乳房胀痛，便秘，小便色深；舌苔黄腻，脉沉数；属下腹瘀热，应清热解郁。可用逍遥丸，每日2次，每次1丸，开水送下。新针疗法取穴同气血虚，但需用强刺激手法。

3．对症治疗：可服止痛片、安乃近、去痛片等。

四、閉　　經

妊娠期、哺乳期妇女月经不来潮，是生理现象。若青春期以后从未来过月经或不明原因3个月以上沒有月经来潮，称为闭经。但偶尔有一次月经沒有来，还不能看做是病态。

闭经只是个症状。常见的原因有：重病后，身体极度衰弱，子宫发育不良，子宫内膜结核（干血痨），卵巢功能低下，垂体功能低下

等。因此，对闭经应作比较详细检查后，再分别处理。

根据病症，大体可分为四个类型，以前二型多见(见治疗)。

治疗

1．中药治疗：

(1) 面色淡黄，精神不好，心悸；舌淡苔薄白，脉细虚；属血虚。可用八珍益母丸，每日2次，每次1丸。或鸡血藤2两，水煎服，每日1剂。或黄芪1两、当归2钱，水煎服，每日1剂。也可用尿浸蛋，每晚睡前服一个，连服10日为一疗程。方法：鲜鸭蛋或鸡蛋洗净，用筷子轻敲蛋壳，使有轻度裂缝，放于妊娠4～8个月妇女的新鲜尿中，浸48小时，洗净，不破壳用水煮熟。

(2) 面色暗淡，下腹痛，拒按；舌红或有紫斑点，脉沉；属血瘀。可用益母草6钱、鸡冠花4钱、红糖2两，或加丹参4钱，水煎服。或用女金丹，每日2次，每次1丸。

(3) 面色苍白，腰酸，下腹冷痛；舌苔薄白，脉沉迟；属寒凝。可用艾附暖宫丸，每日2次，每次1丸，开水送下。

(4) 面色暗淡，精神不好，胸闷胁胀，腰腹酸痛；舌苔薄白，脉弦；属气郁。可用香附丸，每日2次，每次1丸，开水送下。

2．新医疗法：

(1) 新针疗法：取穴中极、三阴交、关元、血海、足三里、复溜。血虚、寒凝者用弱刺激，寒凝者可加灸法；血瘀、气郁者用强刺激。

(2) 小剂量药物穴位注射：用于血虚、气郁、卵巢功能低下者。黄体酮针剂0.2毫升，注于双侧三阴交穴位。

3．内分泌疗法：子宫发育不良者，可用人工月经周期的方法治疗（见前）。可并用甲状腺素，每日口服1次，每次0.03克。月经干净后开始，连续服20日。可连续用3～4个周期。

4．子宫内膜结核病人，应行抗结核药物治疗。

白带过多（带下）

妇女平时常有少量白色或淡黄色分泌物从阴道流出，叫白带。在青春期、月经前期、妊娠期间分泌物可能增多，这些都属正常现象。分泌物的特点是粘液样，无臭味。如果阴道分泌物增多，有腥臭味，

颜色有改变或带血，或併有外阴瘙痒，则就是白带过多(带下)。

引起带下的全身原因可有：身体衰弱，长期受潮湿等；局部原因多是生殖器炎症（如阴道炎、宫颈炎、盆腔炎等）或肿瘤（如子宫颈癌等）。炎症所致的带下多为脓性。肿瘤所致的带下有脓、血，有臭味。如遇中年妇女白带带血，应去卫生院检查。

病状 见表。

白带特点	症状	病名	病因
稀薄、泡沫状、黄白色白带	白带多，外阴痒，偶有阴道烧灼感，不孕	滴虫性阴道炎	滴虫。經接触感染
如豆腐渣样凝块状白带	白带多，外阴奇痒和刺痛	霉菌性阴道炎	霉菌
白带多，带有血絲	白带多	老年性阴道炎	絕經后，阴道萎縮，抵抗力降低，受感染
粘稠、脓样、黄色白带，偶带血或血絲	白带多，腰酸，下腹胀痛，或无明显症状	慢性宫颈炎	炎症

预防 注意外阴部清洁，勤换内裤。预防阴道受霉菌感染，有手、足癣者应积极治疗。预防滴虫性阴道炎，应该避免不洁的合房，不洁的坐浴。

治疗

1. 病因疗法：

(1) 滴虫性阴道炎：可用滴維净片。每晚先用醋1两，放入温水中，坐浴后，将滴維净1片放入阴道内，10日为一疗程，共用2～3个疗程。

也可用中药薰洗：蛇床子5钱、川椒2钱、苦参3钱、白矾3钱，煎后薰洗，每日2次。或用鸦胆子（去皮）20个，煎成浓汁，用注射器注入阴道内20～30毫升，每晚1次。或用苦参4钱、蛇床子1两、防风3钱、大蓟3钱，水煎后洗外阴，轻者每日洗2次，重者每日洗3次。适用于阴部痒痛者。

(2) 霉菌性阴道炎：可用制霉菌素25万单位，每晚塞入阴道内。10日为一疗程。也可用沾1%龙胆紫液的棉棍涂阴道及阴道口，每2～3日一次，10次为一疗程。

(3) 老年性阴道炎：可用己烯雌酚0.5～1毫克，每晚塞入阴道内，共7次。也可口服己烯雌酚，每日1次，0.5～1毫克，连服7日。

(4) 慢性宫颈炎：应先去卫生院检查，确诊后可用卤碱软膏局部涂擦，隔日1次。

2. 中药疗法：带下以脾虚、湿热者最常见。

(1) 带下白色，无臭味，粘液样；面色暗白，四肢觉冷，大便稀，两足可见浮肿；舌苔白，脉弱；属脾虚，应健脾益气。可选用：山药1两、芡实1两、车前子（炒）4钱、白果（打碎）10枚，水煎服。怀山药1两、萆薢6钱、莲子3钱，水煎服。白扁豆1两、白果3钱、向日葵梗去皮（白心）4钱，水煎服，用红糖为引。白朮5钱、陈皮3钱、党参2钱、白芍4钱、苍朮（酒炒）2钱、车前子（酒炒）2钱、甘草1钱，水煎服。

(2) 带下多，粘稠，稍有腥臭味；身重疲倦，口渴不喜饮，睡眠不好，大便稀或便秘，小便色深；舌苔黄腻，脉濡数；属湿热，应清热除湿。可选用：白头翁5钱、黄柏3钱、苦参4钱，水煎服。鸡冠花5钱，水煎服，黄酒为引。白蔹2钱、苍朮2线，水煎服，白糖为引。鲜败酱草1两，水煎服，适用于伴有下腹痛者。

子宫脱垂

子宫脱垂，祖国医学称阴挺，就是指子宫从正常位置沿阴道下降，严重时整个子宫和阴道可一起脱出于阴道口外。

病状 病人常感有肿块自阴道脱出。轻时仅在站立过久、咳嗽、大便或劳动以后出现，平卧休息可自动回缩。重者休息后也须用手还纳才能送回。常伴有下坠感、下腹胀痛、尿频、大便困难、行走不便等。宫颈、阴道粘膜因长期暴露在外，可发生溃疡。

预防 子宫脱垂多发生于妇女产后休息不好，做重活；分娩时会阴撕裂，使盆底支持功能减弱；或有长期咳嗽或便秘使腹压增加等。

因此做好以下三方面工作，就可以有效地预防。

1．开展计划生育，防止生育子女过多、过密。

2．实行四期（月经期、妊娠期、分娩期、哺乳期)保护制度。如加强孕期检查和家庭随访,尽量减少难产的发生。积极推广新法接生，注意保护好会阴，以免会阴裂伤。如发生产道裂伤，应及时缝好。产后一个月内应适当休息，不应做重体力劳动，但也要避免产后长期仰卧不活动。

3．及时治疗慢性病，如咳嗽、便秘等。

治疗

1．新针疗法：冲间（曲骨穴旁开 3 寸）、三阴交(第一组)；府舍（脐旁 4 寸大横穴下 4 寸）、阴陵泉(第二组)；維胞、中极、血海(第三组)。

方法：三组轮换针刺，每组主穴（第一穴）行强刺激，向内向下斜刺 3～4 寸，留针 2～3 分钟，每半分钟提插 1 次，每次提插以出现宫颈口及阴部有往上抽动的感觉为好。然后大幅度捻转 1 次即出针。配穴行中等刺激。

2．埋线疗法：取穴胃俞透脾俞，曲骨透横骨，中极透关元，中脘透上脘。

方法：埋入羊肠线，每半个月 1 次，任选 1 穴，轮流使用。

3．子宫托：有环形及喇叭形两种。应根据阴道大小选用。白天放入，晚间取出，洗净后次晨再用。注意不可长时间放置，以免阴道粘膜受压，形成溃疡甚至坏死。月经期停放。

4．中药疗法：

(1) 有肿物自阴道脱出，下腹墜痛，心悸气短，便稀；白带多；苔薄，脉浮无力；属气虚。可用补中益气丸，一日 2 次，每次 1 丸。也可用升麻 5 钱、黄芪 5 钱、柴胡 3 钱，每日 1 剂。或棉花根 1 两、益母草 5 钱、仙鹤草 5 钱，每日 1 剂，水煎服。

(2) 有肿物自阴道脱出，外阴部痛,流黄水，排尿痛；身热自汗，口苦干；舌红苔黄腻，脉滑数；属湿热。可用龙胆泻肝湯，龙胆草 2 钱，柴胡 2 钱，泽泻 3 钱，车前子(炒)、木通、生地黄(酒炒)、当归尾（酒拌)、栀子（炒)、黄芩（酒炒)各 3 钱，甘草 5 分，每日 1 剂。

或生枳壳5钱水煎，晨服，益母草1两水煎，晚服。

(3) 如宫颈出现溃疡时，可用明矾3钱、五倍子3钱，研末，干撒局部，或用卤碱软膏涂擦局部。

5．小剂量药物穴位注射：取穴脾俞、肝俞、提托（关元穴旁开4寸）穴。

方法：进针5～8分，注入黄芪注射液0.2毫升，每日1次。

6．艾灸百会穴，每日1次，每次半小时至1小时。

上述方法可综合使用。

7．应用上述方法仍无效时，可行手术治疗。

盆 腔 炎

盆腔炎主要是指子宫、输卵管、卵巢的炎症，可在某一部位或几个部位同时发生。多见于已婚妇女。有急、慢性两种。

(一) 急性盆腔炎

病状 多因分娩、流产等受感染引起。发热可高达38～40℃，伴有怕冷、头痛等症状。有明显的下腹痛，一侧或两侧，检查下腹部尤其是盆腔有压痛及反跳痛。白带增多，脓性，有臭味。

如作妇科检查，子宫颈有触痛，子宫体有压痛且活动受限制，一侧或双侧附件（卵巢和输卵管）增厚或有包块，并有压痛。

治疗

1．青霉素40万单位，每日2次，肌注。链霉素0.5克，每日2次，肌注。两药合用效佳。或四環素0.5克，每6小时1次，口服。

2．中药疗法：发热、下腹痛、白带多，阴道可有少量不规则流血，属瘀热，应清热解毒凉血。可用连翘4钱、银花5钱、败酱草1两、桃仁4钱、赤芍3钱、丹皮3钱、川楝子3钱、延胡3钱，每日1剂，水煎服。

3．新针疗法：取穴三阴交、归来、关元、中极等穴，用强刺激手法。

4．卧床休息，取半卧位，使阴道分泌物容易流出。高热时头部冷敷，可服解热药。

5．口服益母丸，每日2次，每次1丸。或服麦角流浸膏2毫升，

每日3次。重者可肌注麦角新硷0.2毫克，每日2次，促使子宫收缩，排出分泌物。

6. 如按上述治疗后，体温仍不下降，下腹痛不减轻，可能有盆腔脓肿形成，应去卫生院诊治。

（二）慢性盆腔炎

病状 多有急性盆腔炎未彻底治愈的病史。一侧或两侧下腹部胀痛，腰酸，月经来潮时疼痛加重，有时有性交痛。白带可增多，常伴有不孕。

如作妇科检查，可摸到一侧或两侧附件增厚，重者可摸到有压痛的炎性包块。

治疗

1. 中药疗法：下腹部疼痛或隐痛，月经时加重，可放散到腰骶部，白带多或有低热，应活血破瘀、健脾祛湿。可选用桃仁4钱、赤芍4钱、丹皮3钱、薏苡仁5钱、延胡3钱、茯苓4钱，水煎服；低热可加银柴胡3钱、炙鳖甲5钱，水煎服。木香1钱、茯苓4钱、车前子4钱、鸡冠花3钱，水煎服。中成药女金丹、坤经丸等。

2. 新针疗法：关元、中极、曲骨、气海、归来、水道(关元旁开2寸)、三阴交等。腰痛加肾俞、次髎。

水针疗法：取穴关元、中极、水道、子宫（脐下4寸，旁开3寸）穴，用5%葡萄糖液5毫升，每日1次，两侧交替注射，半个月为一疗程。

耳针疗法：主穴子宫、卵巢穴，配穴内分泌、神门等。

3. 下腹部热敷。

青年未婚妇女发现附件包块，有其他部位结核病史，又摸到附件有包块，结合低热、全身无力等慢性消耗症状，应考虑为结核性盆腔炎，需去卫生院确诊后，用抗结核药物治疗。

第三节 产科处理

如何診断妊娠

1. 早期妊娠（3个月以内）的依据

(1) 已婚妇女，平时月经周期规律，突然停经。

(2) 晨起恶心、呕吐，食欲不振，喜酸食。多发生在妊娠40天左右时，称为妊娠反应。

(3) 乳房胀，尿频，白带多。

(4) 脉象：滑（妊娠2个月以后）。

(5) 阴道检查，阴道、宫颈变软。子宫增大。

2. 中期、晚期妊娠（4个月以上）**的确定**

(1) 有停经史；曾有妊娠反应；腹部逐渐增大；自觉有胎动。

(2) 乳房增大，乳头、乳晕颜色变深。

(3) 产科检查，子宫按停经月份增大；可触到胎动；可扪到胎儿；可听到胎心音。

3. 死胎的确定 妊娠早期胚胎死亡而未产出，称为过期流产（见347页），妊娠四月以后，胎儿在子宫内死亡，称为死胎。可有：自觉胎动停止；腹部不再增大；检查摸不到胎动；听不到胎心音。

孕 期 检 查

已婚妇女在排卵期合房，从精子和卵细胞结合时开始，孕卵在子宫内发育约266日（从末次月经第一日算起为280日，每28日为一个孕月，共10个孕月）即是足月胎儿，直至分娩这个时期称为孕期。

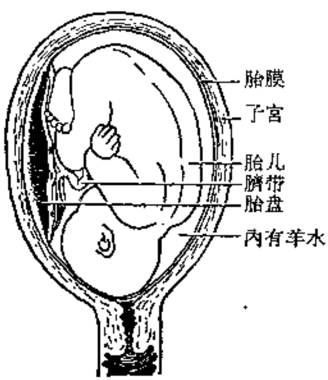


图 13-1 胎儿在子宫内模式图

胎儿靠胎盘供给营养，胎盘附着在子宫壁上，通过脐带送入营养物质并排除废料。胎盘周围连着一个由薄膜构成的囊，称为胎膜。内有羊水，起保护胎儿的作用（图13-1）。

孕期检查是贯彻“**预防为主**”，保障母婴健康、安全分娩的最好办法。包括：检查胎儿发育情况，及时纠正异常胎位，预防难产发生；对孕妇进行全面检查，及时诊治併发

病，并可预先决定分娩时的处理方针；并向孕妇宣传孕期卫生知识，指导孕妇的孕期生活和劳动。“赤脚医生”要大力宣传孕期检查的重要性，和旧的习惯势力作斗争，用“完全”、“彻底”为人民服务的精神，主动到孕妇家中，定期做孕期检查。

孕期检查要解决三个问题：

（一）什么时候分娩

“十月怀胎”，可以计算出大概日期，称为预产期。方法是问清末次月经第一日的日期后，按阳历计算，月份减 3 或加 9（末次月经第一日的月份在 3 月以前的加 9，在 4 月以后的减 3），日数加 7（日数加后超过 30 的须进位 1 个月）。

举例：末次月经是阳历 1970 年 8 月 6 日。

1970年 8 月 6 日

－ 3 ＋ 7

预产期为1971年 5 月13日

如果孕妇记不得末次月经的日期，可用子宫底的高度帮助推断。

妊娠 3 个月末：宫底在耻骨联合上 2 、3 横指； 4 个月末：在耻骨联合上缘和脐中间； 5 个月末：脐下 2 指； 6 个月末：平脐； 7 个月末：脐上 2 指； 8 个月末：脐和剑突中间； 9 个月末：此时宫底最高，在剑突下 2 指；10个月末：如胎头进入骨盆入口，宫底又下降到脐和剑突中间，但子宫较 8 个月末时要宽。

（二）检查孕期有无其他疾病

应检查血压、有无浮肿，疑有晚期妊娠中毒症时，应检查尿有无蛋白；对原有疾病，如肺原性心脏病等，应及早治疗。

（三）产科检查

儿头在下，臀部在上，称为头位，多属正常。如臀部在下，称为臀位；若为横位，则需纠正位置后才能娩出；这些均属胎位不正。

胎位检查可从妊娠 7 个月时开始，每半个月检查一次，最后一个月，每周检查一次。

1．**腹部望诊**　如腹部过大，与妊娠月份不符时，应考虑是否是双胎或羊水过多（正常时羊水約 2 斤左右，多时可达数十斤）。

2．**腹部触诊**　孕妇取仰卧位，两膝弯曲，使腹部放松，便于检

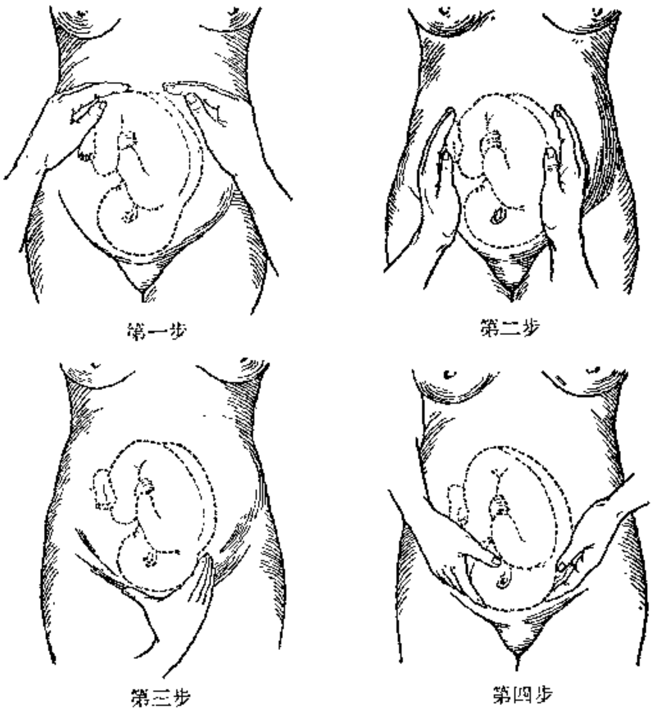


图 13-2 四步检查胎位法

查。按以下四个步骤确定胎位（图13-2）。检查者立于孕妇右侧。

第一步 检查者面向孕妇。用两手摸清子宫底的高度，再仔细摸出在子宫底的是胎头还是胎臀。胎头圆而硬，有浮球感；臀部宽阔不规则而软。

第二步 两掌触摸子宫的两侧，摸出哪一侧是胎背（平坦较硬，呈弓形），哪一侧是胎儿四肢（高低不平的小突起，可以变形）。

第三步 检查者的右手放在耻骨联合上部，拇指和其余四指分开，握住先露部（指胎儿最先进入骨盆的部分），区分是头还是臀，然后推动先露部，能活动表示尚未进入骨盆入口，不能动则表示已入盆。

第四步　检查者面向孕妇足背，两手放在先露部两侧，向骨盆入口方向下压，再次查对先露部的诊断是否正确，以及入盆的程度。

通过四步触诊，可得出确切的胎位。如宫底处为儿臀，左侧为儿背，且儿背占据左腹部的多一半，下面是儿头，即可诊断为左枕前。左枕前、右枕前都比较常见。

3. **腹部听诊**　听胎心音，妊娠5个月以后可以听到。应在胎位检查之后。以胎背所在处听的最清楚。如为左枕前位，应在脐下左侧听取。胎心数正常为120～150次/分。胎心音如钟表样答答声。

4. **骨盆测量**　骨盆的大小和形状对分娩有很大影响，骨盆过小和形状不正常，常造成难产。因此，骨盆测量对初产妇和有难产史的更属必要。多做骨盆外测量。如无骨盆测量器，可自制木制骨盆测量器（图13-3）。

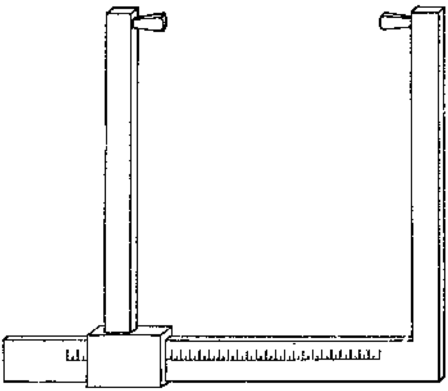


图 13-3　木制骨盆测量器

（1）髂嵴间径：两侧髂嵴之间最宽的距离，可推测骨盆入口的横径。小于26厘米为不正常。

（2）骶耻外径：耻骨联合上缘和第五腰椎棘突下方之间的距离，可推测骨盆入口的前后径。这项测量很重要。小于18厘米为不正常。

（3）坐骨结节间径：两侧坐骨结节之间的距离，可推测骨盆出口的横径。如能放入检查者的手拳(約9厘米)，表示正常。手拳不能放

入者为不正常（图13-4）。

（4）耻骨弓角度，正常为直角（90度），可用两拇指尖斜着对拢，放在耻骨联合下缘，左右两拇指平放在耻骨左右下斜的部分，测量两拇指间的角度，小于80度为不正常（图13-5）。

5. 发现以下情况均属不正常，应嘱孕妇到卫生院诊治。

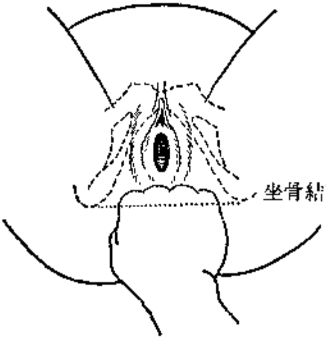


图 13-4 用拳测坐骨結节間径

（1）胎位虽正常，但过去有难产史（如产后大出血，手取胎盘史，生过死婴或婴儿生后即死等）者。

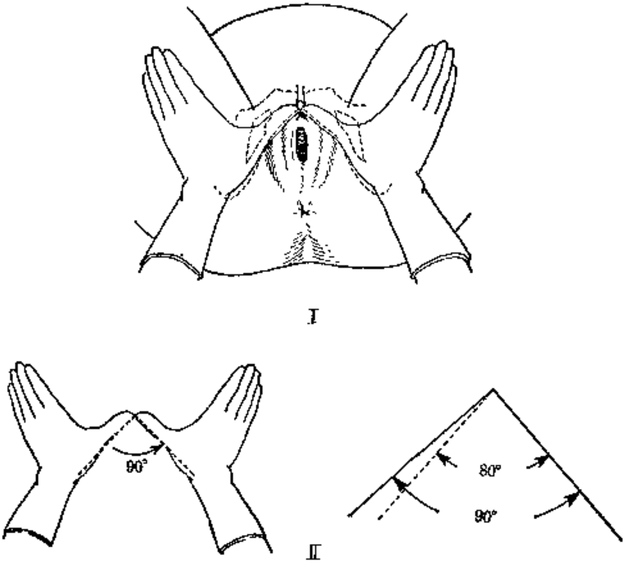


图 13-5 测量耻骨弓角度

(2) 腹部过大，怀疑是双胎或羊水过多者。

(3) 胎位不正常（如臀位或横位）者，可作胸膝位转胎(图13-6)或用艾灸至阴穴（图13-7），促使胎位纠正。如无效，应去卫生院诊治。

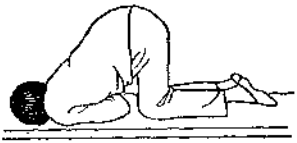


图 13-6 胸膝位

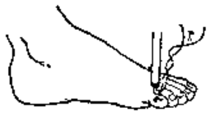


图 13-7 艾灸至阴穴

(4) 未到预产期，有少量无痛性阴道流血者，多为胎盘位置较低，应给予镇静剂，并嘱卧床休息，避免合房，观察经过，直至治愈。但如有多量阴道流血（超过月经量）时，可能是前置胎盘，应去卫生院诊治。

(5) 孕妇于妊娠 7 个月之后，出现血压高、水肿、蛋白尿时，应给予治疗，具体方法见后面晚期妊娠中毒症。如治疗效果不明显，也应去卫生院治疗。

(6) 骨盆过小，估计分娩困难者。

分娩开始的征象和分娩过程的分期

分娩就是子宫收缩（产力）推动胎儿通过产道（骨盆及软产道构成）娩出的过程。产力、产道和胎儿这分娩过程中的三个要素都正常，就能使分娩顺利进行。任何一个要素有异常，均能阻碍分娩的顺利进行而致难产。

（一）分娩开始的征象

1. 阵缩：阵阵的子宫规律性收缩，越来越紧，子宫颈口逐渐开大。

2. 见红：少量血和粘液自阴道流出。

3. 破水：为羊水流出，表示胎膜已提前破裂。结合 1 、2 两项，也可说明分娩已经开始。

（二）分娩过程可分为三期

1. **第一期**（子宫颈口开大期）　从有规律的子宫收缩开始，到

子宫颈口全开大（直径約10厘米）为止。初产妇約需12～15小时，经产妇約需8～10小时。

此期之初，宫缩持续时间短，約10～15秒；间歇长，約10～15分钟。以后宫缩逐渐加强，持续时间渐长，而间歇渐短，宫口逐渐开大，胎儿逐渐下降。到宫口开全时胎膜破裂，先露部前面的胎胞內羊水流出，称为破水或破胞。

2．**第二期**（胎儿娩出期）　从子宫口全开大，到整个胎儿娩出为止。初产妇約需1～2小时，经产妇约需15～45分钟。

破水后，宫缩常暂时停止，但不久又复开始，此时宫缩更强，加上产妇用力加腹压，胎头下降，产妇有排便感。继之会阴部膨隆，胎头即可在阴道口露出。最初宫缩时胎头露出，间歇时又退回，以后胎头继续下降，宫缩间歇时也不退回，胎头呈仰伸姿势娩出，胎体随着娩出。

3．**第三期**（胎盘娩出期）　从胎儿娩出，到整个胎盘娩出为止。約需10～30分钟。

胎儿娩出后，产妇突感轻松，宫缩暂停。几分钟后又开始宫缩，胎盘剝离，降至子宫下段，然后靠加腹压的作用排出体外。

新法接生

新法接生的优点，一是消毒彻底，二是母子安全。"赤脚医生"进行新法接生，要对贫下中农产妇做到两个"**极端**"和"**完全**"、"**彻底**"。

（一）产科出诊包和产包

1．产包　事先用双层布制成的包布包好，并蒸1小时（水开后算起）消毒备用。內有：消毒巾2块，剪刀1把，镊子1把，橡皮手套2副，止血钳2把，纱布3块，绷带1卷，粗絲线2根，棉花签2根，吸痰管1根和导尿管1根。金属及橡皮用品放在铝制饭盒內。

2．产科出诊包　內有：指套2只，听诊器1只，塑料布1大块，持针器1把，縫针（圆针及三角针）及羊肠线、絲线若干；药品有2.5%碘酒、75%及95%酒精、来苏儿液或新洁尔灭液各1瓶；麦角新碱、垂体后叶素、催产素、可拉明、洛贝林、維生素丙注射液等各5支，25%葡萄糖注射液15支（每支20毫升），2毫升和100毫升注

射器各1个，针灸针1包，纱布5块，血压计1只。

（二）到产家后的工作程序

1．产科检查 安慰产妇，立即做产科检查，确定胎位和测胎心数，并观察子宫阵缩的频度及测血压。

作肛门指诊，可以了解子宫颈口的大小，识别先露部，先露部下降的程度，胎膜等情况。方法是，食指戴指套，沾少许肥皂水，慢慢伸入肛门内。食指的掌面向上，可触及圆形的边，就是子宫颈口的边。沿这个边划圈，可估计子宫颈口开大的厘米数。圈内凹陷处可触及胎儿先露部。如先露部的最下端已达坐骨棘平面（图13-8），表示胎头已经进入骨盆入口。胎膜若凸出，表示未破水等。

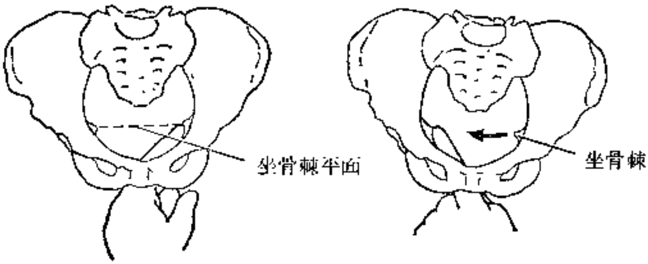


图 13-8　测坐骨棘平面

子宫收缩时作肛门指诊最清楚，也最准确。检查次数不可过多，可每1～2小时检查一次。但如疑有前置胎盘时禁作，以免引起更多的阴道流血。

2．分娩第一期的处理

（1）如子宫收缩不强，间歇时间又长，可让产妇下地活动。但遇有阴道流水（破水）时，须卧床，并将臀部垫高，以防脐带脱出。并注意外阴的清洁。

（2）鼓励产妇吃易消化的食物，使分娩时不致乏力。

（3）在第一期初，最好让产妇大便，并多鼓励排尿，以免膀胱胀满妨碍宫缩。

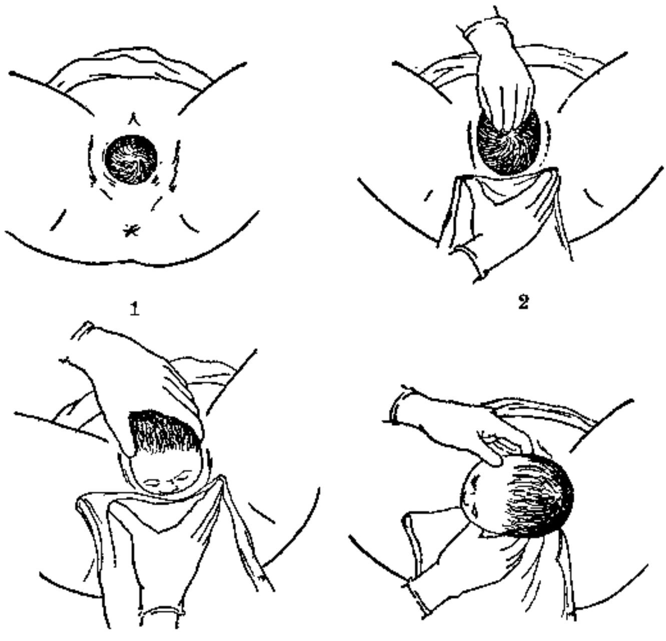
（4）安慰和鼓励产妇，如宫缩时感到不适，让产妇作深呼吸动作，特别是初产妇。不应在宫口未开全时就让产妇用力向下憋气。

(5) 每半小时听胎心音一次。破水时，应立即听胎心音。遇胎心数超过 160 次/分或少于 110 次/分时，表明胎儿在子宫内有窒息，应查明原因，及时处理，必要时請公社卫生院医生来，共同抢救胎儿生命。

(6) 嘱产妇家属烧开水，准备接生时用。

3．**接生时机** 经肛门指诊，经产妇宫口开大 4～5 厘米，初产妇宫口开全，外阴稍裂开，见到胎头，产妇肛门松弛变大，有大便感，就应准备接生。

(1) 产妇的准备：产妇仰卧，两腿屈起，臀部下面舖好塑料布，外阴部用纱布块沾 1:1000 来苏儿液或 1:2000 新洁而灭液擦洗外阴部，从上向下，阴毛处要细致擦洗，肛门周围最后擦洗。将臀部下面的塑料布上的水擦干后，舖上消毒巾一块。



1　2　3　4

图 13-9　保护会阴的方法

(2) 新生儿的衣、被和产妇在产后用的消毒纸、丁字带放在旁边备用。

(3) 接生人员的准备：戴口罩、帽子、洗手等步骤与作外科小手术时相同，然后站在产妇右侧准备接生。

4. **接生的全过程** 如宫口已开全，在阵缩时，可让产妇象排便样地向下用力，间歇时嘱产妇休息。如已见胎头，但胎膜未破，可用止血钳将胎膜刺破。待胎头露出阴道口时，要保护好会阴部，方法是：每次宫缩时都需用右手手掌（垫一块消毒巾）抵住会阴部，虎口部支持在会阴处，拇指贴在产妇右阴唇，其余四指贴在左阴唇，以保护会阴部；左手将胎头枕骨下压，使胎头枕部先从产道娩出。在胎头从产道娩出的过程中，叫产妇不要用力过猛，可张口呼吸，使胎头慢慢娩出，最好在宫缩间歇时娩出，防止会阴裂伤。当胎头枕部已娩出时，左手不必再向下压，使胎头随出随仰，前额、颜面均经会阴而出（图13-9）。胎头娩出时，如见脐带绕颈，可试将脐带从胎肩上滑下来。如缠得过紧，可用两把止血钳将绕颈的脐带夹住后，从中间剪断（图 13-10）。胎头娩出后，会自动迴转，可用左手稍抬高头颈部，帮助前肩娩出，再略向下压，使后肩娩出（图 13-11）。因肩部娩出时也会使会阴破裂，所以右手仍需保护好会阴部。双肩娩出后，躯干部和下肢娩出就不困难了。这就是分娩第二期的全过程。

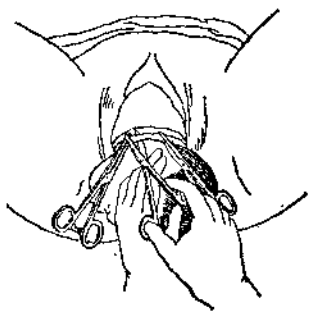


图 13-10 脐带绕颈的处理

胎儿娩出后，到胎盘娩出之前，有十几分钟的时间，足够妥善处理新生儿。

先用纱布轻轻擦去新生儿口腔内的粘液，使大声啼哭。摸脐带不再有搏动时，用两把止血钳在距脐轮10～15厘米处夹住脐带，然后在两钳中间剪断。处理脐带的方法是在离脐轮 0.3～0.5 厘米处，用粗丝线结扎第一道，为了避免结扎不紧引起出血，在第一道结扎线外方 1 厘米处再结扎一道。然后在第二道结扎外方 0.3～0.5 厘米处剪断脐

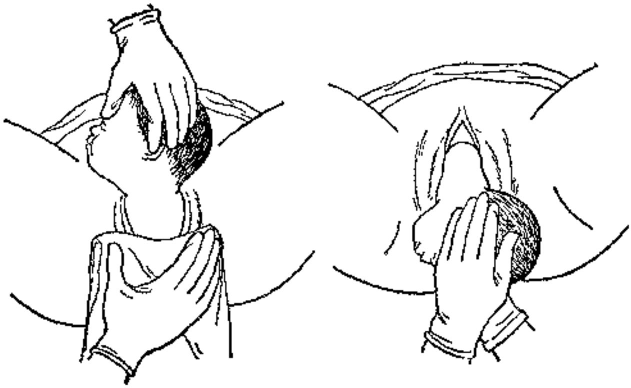


图 13-11　帮助胎肩娩出

带。断端用2.5%碘酒及75%酒精棉签消毒，或用浓的高锰酸钾液消毒，这是预防新生儿破伤风的关键，切勿马虎大意。断端如无出血，可用纱布盖上，绷带包扎，这些动作原则上不用手摸，作到消毒彻底。处理好新生儿后，交给家属穿衣包被。

处理新生儿的同时，必须经常观察产妇有无出血，不可忽略，防止产妇大出血。

胎儿娩出后，胎盘开始从子宫壁剥离。完全剥离时可有以下征象：宫底略升高；阴道口外的脐带见下降；有少量鲜血流出。试用手放在耻骨联合上方向下压，如脱出的脐带不再向阴道回缩，表示胎盘确已完全剥离（图13-12）。此时可向下压宫底，胎盘大部分露出时，用双手承接，一边向一个方向旋转，一边向外轻轻牵拉，使胎膜扭成绳状，以免撕断（图13-13），使全部胎盘连同胎膜娩出。

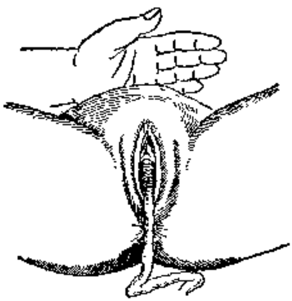


图 13-12　手压宫底

胎盘娩出后，必须检查胎盘的两面和胎膜是否完整，这是避免因胎盘或胎膜部分残留在宫腔内，而引起产后半个月之内大出血的关

键。

还应检查会阴有无裂伤，有裂伤时应及时缝合。会阴裂伤可分三度：一度仅粘膜、皮肤裂伤；二度已裂至肌层；三度深裂直至肛门括約肌。縫合时要注意严密消毒，按层次对合，肌层及粘膜用羊腸线，皮肤用絲线，均作间断縫合。

整个接生过程结束后，将产妇会阴部的血跡擦淨，去掉塑料布，会阴部垫上消毒纸，继续观察子宫收缩及流血情况。如有出血，可肌注麦角新碱0.2～0.4毫克。一般在产后1小时内最易出现出血，所以必须守护产妇1小时以上。分娩多在夜间，"赤脚医生"应急产妇之所急，痛产妇之所痛，带着深厚的无产阶级感情，做到随叫随到，极端的负责任。



图 13-18 牵出胎盘

接生时异常情况的处理

"赤脚医生"经常解决的是正常产的接生。但在接生时遇到异常情况，要遵照毛主席关于"**救死扶伤，实行革命的人道主义**"的伟大教导，带着深厚的无产阶级感情，尽自己最大的努力，做好应急处理。

（一）子宫收缩乏力

是指临产后，子宫阵缩短而弱，间歇长，子宫颈口扩张和胎儿下降慢，使产程延长。

如第一产程超过24小时，第二产程超过4小时，称为滞产。

处理 首先要检查是否因骨盆小或是胎位不正，如属骨盆小和胎位不正，应护送到卫生院分娩。

如无上述情况，应首先安慰产妇，增强信心，并作如下处理：

1. 因休息不好，引起疲劳过度者，可用镇静催眠药，如苯巴比妥钠0.1～0.15克，肌注；或10%水合氯醛10～15毫升，口服。醒后宫缩多可转佳。

2．鼓励产妇进食，或给予25%葡萄糖 100 毫升加入維生素丙200毫克，静脉注射，多可使宫缩变强。

3．如因尿潴留，有大便，可以导尿、灌肠，解除对产道的阻碍，促进宫缩。

4．针刺合谷、三阴交穴。用强刺激手法。或用 0.1～0.2 单位催产素在上述穴位处注射。

经上述处理后，如产程仍不进展，切不可肌注垂体后叶素，应即送卫生院处理。

（二）脐带脱出

胎膜破裂后，如发现胎心音不规律，甚至变慢，应想到可能是脐带脱出（图13-14）。可抬高产妇臀部（在臀部下面放一枕头），此时如胎心音有好转，则更证明脐带脱出的可能性大。即应在严密消毒下行阴道检查，摸到脐带（如手指粗细、能滑动的索状物），即可确诊。脐带如已脱出到阴道口外，应摸脐带是否还有搏动。如尚有搏动，应立即处理。

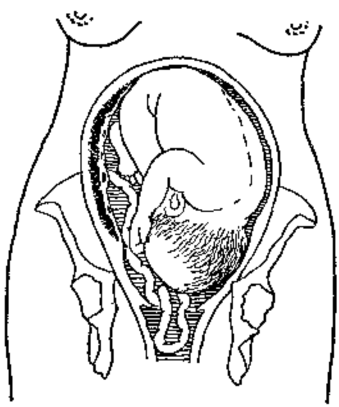


图 13-14 脐带脱出

处理

1．子宫口未开全时，应让产妇向脐带脱出的对侧侧卧，并取头低臀高位，可减少胎儿先露部对脐带的压迫。也可让产妇取胸膝位，帮助脐带恢复原位。但这些办法并不能保证脐带一定回缩，所以胎儿仍有可能死亡。

2．子宫口已开全，则不管胎心音能否听到，必须尽一切力量使胎儿立即娩出（如作胎头吸引术），争取胎儿成活。因此，当发现脐带脱出时，"赤脚医生"应一边做应急处理，同时找卫生院医生协同作胎头吸引术，保证母婴平安。

（三）新生儿窒息（假死）

新生儿生后啼哭，表示呼吸开始。生后不哭，只有心跳而无呼吸，称为新生儿窒息。

病状 轻者皮肤青紫，心跳规律、稍慢但有力，刺激皮肤有反应，肌肉紧张有弹性。重者皮肤苍白，仅口唇青紫，心跳不规律、很弱，四肢柔软无力，反应消失。

处理 首先应除去呼吸道内的粘液等物。可用小指缠纱布伸入新生儿咽喉部清除粘液及羊水；或用吸痰管（或细导尿管）伸入呼吸道深处将分泌物吸出，此时应置新生儿头低位。随后可用酒精擦前胸，拍打脚掌以引起呼吸。无效时可采取以下方法：

1．立即皮下注射可拉明或洛贝林 0.5 毫升，兴奋呼吸中枢。

2．行人工呼吸。口对口法吹气要轻些，免使肺泡损伤。同时让新生儿仰卧，左手托住头颈部使气管变直，右手压胸部，帮助呼气，然后手放松，帮助吸气。每分钟 15 次左右。

3．针刺人中、涌泉、十宣等穴。

4．上述方法无效时，还可将新生儿置于温水中，然后给以短时的冷水浴，通过刺激，引起呼吸。

总之，上述措施在新生儿呼吸恢复、大声啼哭前，不得停止。此外，要注意保温。

（四）双胎（图 13-15）

诊断 腹部较妊娠月份大；可摸到两个胎头；小肢体很多；可在两处清楚地听到不同次数的胎心音。

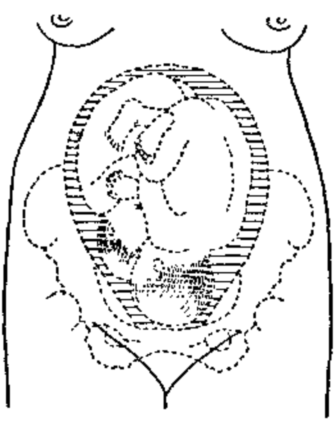
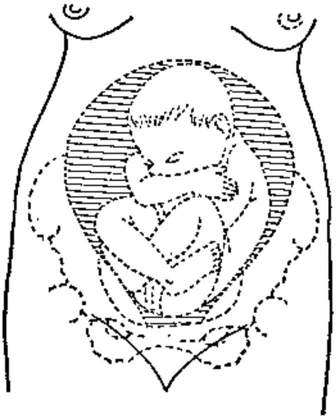


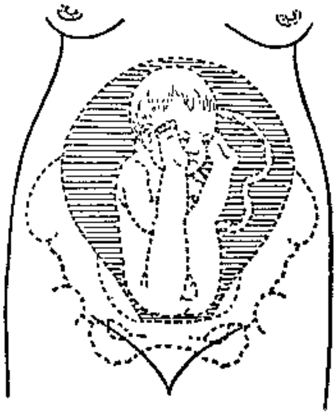
图 13-15 双胎示意图

处理 如在孕期发现双胎，当出现分娩先兆时，应到卫生院分娩。双胎常早产。如临产时才发现是双胎，作如下处理：

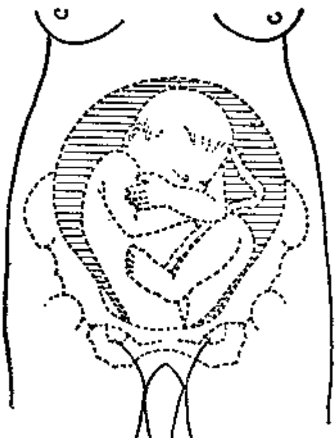
1．第一个胎儿娩出后，立即夹住脐带并切断。并听第二儿胎心



完全臀位



伸腿臀位



足 位

图 13-16 臀位示意图

音。

2．检查第二个胎儿的胎位，查明不是横位，即可等待其自然分娩。

3．因易出现产后出血，多因子宫收缩不好，第二儿娩出后，可肌注麦角新硷 0.2 毫克。

4．新生儿常较小，生活力较弱，应加强护理。

5．如遇第一个胎儿为臀位，第二个胎儿为头位，有可能发生两个胎头卡住的情况，应找卫生院医生前来处理。

（五）臀位

诊断 在子宫底处摸到胎头，在耻骨上方摸到胎臀（图13-16）；胎心音在孕妇脐上一侧听得最清楚，可确诊臀位。

处理 妊娠 8 个月以后，可用以下方法，使臀位转成头位。

1．胸膝位：每日 2～3 次，每次 15 分钟。10 日为一疗程。

2．艾灸至阴穴（小脚趾甲根偏外下方），灸前让孕妇排空小便，松开腰带，以利胎儿活动。用艾卷悬灸 10～15 分钟，局部感到温热即可，灸双侧。每日 1 次，3 次为一疗程。

3．中药转胎：可用当归 1 两、川芎 5 钱、龟板 1 两，水煎服。连服 3 剂。

4．上述方法不成功，可去卫生院作外倒转术。

如在接生时才发现是臀位，已来不及送卫生院，要果断处理，认真进行臀位接生。

在第一产程，产妇应卧床休息，防止胎膜早破。如已早破水，要注意听胎心数。垫高产妇臀部，以防脐带脱出。

如为单足位（足先露），宫口尚未开大到 4 厘米时，胎足就可先脱出。此时要以消毒巾抵住阴道口（图 13-17），阻止胎足自阴道娩出，促进宫缩扩张宫颈，让胎臀下降。压抵时间由数十分钟到数小时不等。要定时听胎心数。待宫口开全时，行臀位助产手法。

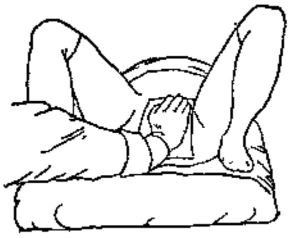
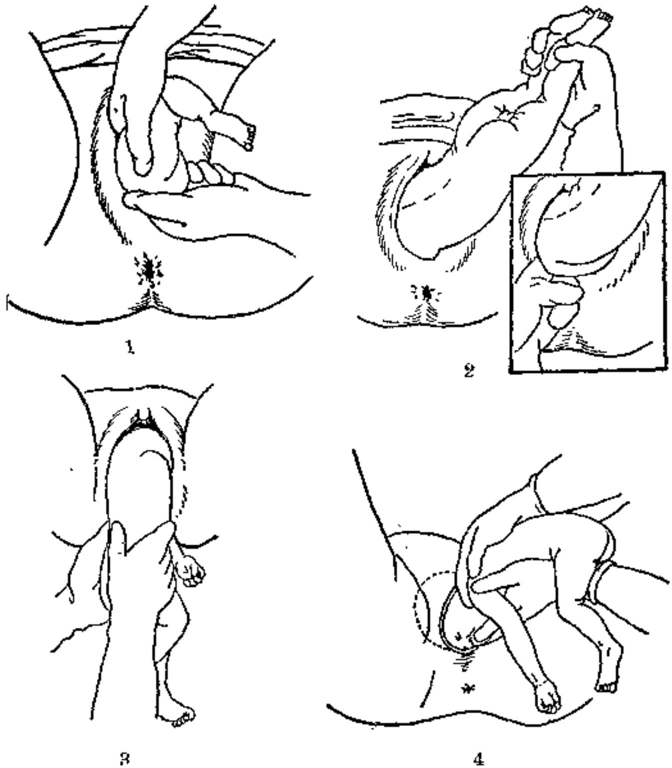


图 13-17 足先露时助产手法

臀位助产手法：在胎臀娩出后，直到脐部娩出之前，不加牵拉（图 13-8 之 1 ）。脐部娩出后，将脐带稍向外拉出一段。让胎体继续滑出，此时前肩显露，将胎臀向上举，使后上肢先滑出（图 13-18 之 2 ），然后向下方压，使前上肢娩出（图 13-18 之 3 ）。接着将胎背向前方转，使胎儿伏骑在接生者的左前臂上，并以左手食指插入胎儿口内，固定下颌以防胎头仰伸。右手的食指和中指分开放在胎颈两侧肩上。如此双手同时先向后下方牵拉，至胎头枕骨达到耻骨弓下时，再将胎体向前上方提举，胎头即可娩出（图 13-18 之 4 ）。

伸腿臀位娩出时，先不做任何牵拉动作。宫缩时，以手支撑胎



1　2　3　4

图 13-18　臀位助产手法

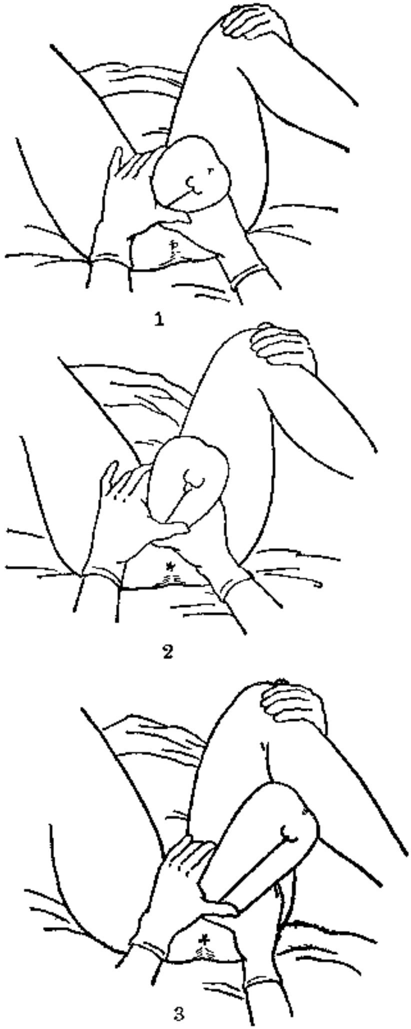


图 13-19　伸腿臀位助产手法

臀，使阴道和会阴部得到充分扩张。当胎臀显露较大时，接生者用两手的大拇指放在胎儿大腿后面，两手的其余四指放在胎儿的骶骨部。随胎体娩出的进展，将胎体上举，两手向会阴部移动，保持胎儿下肢伸直，压贴在胎儿胸部，胎儿双足接近面颊，使两上肢固定于胸前不致上举（图 13-19）。待脐部娩出后，足部滑出阴道口，以后的助产动作同上述。

臀位娩出的胎儿，窒息的可能性较大，要做好抢救胎儿的准备。

（六）横位

诊断 腹部左右宽，子宫底较低，胎头在母体腹部的一侧，臀部在另一侧（图 13-20）；肛门指诊不易触到先露部，也可能触到胎儿肩胛、手等。

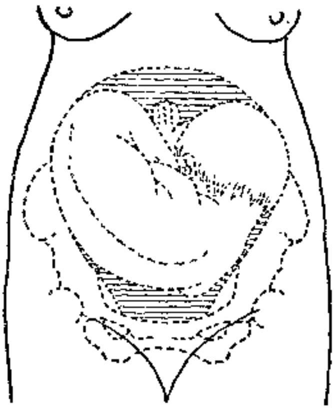


图 13-20 横位示意图

处理 如在孕期发现横位，在妊娠 32 周时，可用艾灸至阴穴或行胸膝位，以及服用中药等，如同上述。若在临产时发现，应及时转送卫生院处理。

（七）产后出血

最常见也最严重。遇到这类情况，"赤脚医生"必须按照毛主席的教导："**我们需要的是热烈而镇定的情绪，紧张而有秩序的工作**"。胆大心细，妥善处理。

胎盘娩出前的出血

1．胎盘滞留 最常见。胎儿娩出后，胎盘若超过 1 小时仍不娩出，称为胎盘滞留。可能是：

（1）胎盘剥离不全，部分已与子宫壁分离，从已剥离处流血不止。多见于胎儿娩出后，过早地揉摸刺激子宫，使子宫收缩不协调。

（2）胎盘全剥离，但子宫收缩无力，因而仍留在子宫腔内，影响子宫缩小，以致流血不止。

（3）胎盘全剥离，但子宫口痉挛收缩，使胎盘留在子宫腔内。多

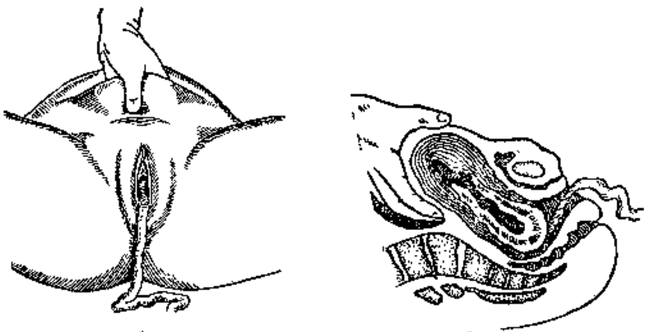
因过早注射麦角新碱所致。

处理

(1) 胎儿娩出后，不要过早地揉摸宫体。

(2) 如是子宫口痉挛，可肌注阿托品等缓解痉挛。

(3) 人工逼出胎盘：有两种方法。一种是用手逼出胎盘法：用手先在子宫底部作轮状按摩，引起子宫收缩。当宫缩时，接生者拇指放在子宫前壁，用手向盆腔方向挤压子宫，可帮助胎盘剥离娩出（图13-21）。



1　　2

图 13-21　用手逼出胎盘法

1—正面观；2—侧面观

另一种是用手剥离胎盘法：上法无效，可用此法。严密消毒产妇外阴，排空膀胱。术者一手（也须严密消毒）捏成锥状，伸入阴道并进入子宫腔内（动作要轻柔）；另一手放在腹壁上，把握宫体。内手沿着脐带找到胎盘，从胎盘的游离边缘处，手指併拢，作左右摆动的姿势，自宫壁作钝性分离胎盘(图 13-22)。分离完毕，将整个胎盘取出。立即检查胎盘是否完整。若有成块缺损，应再次用手伸入消除。分离胎盘时，切忌暴力，不可强行剥离。如分离困难，应立即送卫生院处理。

“赤脚医生”剥离胎盘，要果断、有信心，也要想到可能遇到的困难，预先作好抗休克等的充分准备。这样才能有备无患，取得胜利。

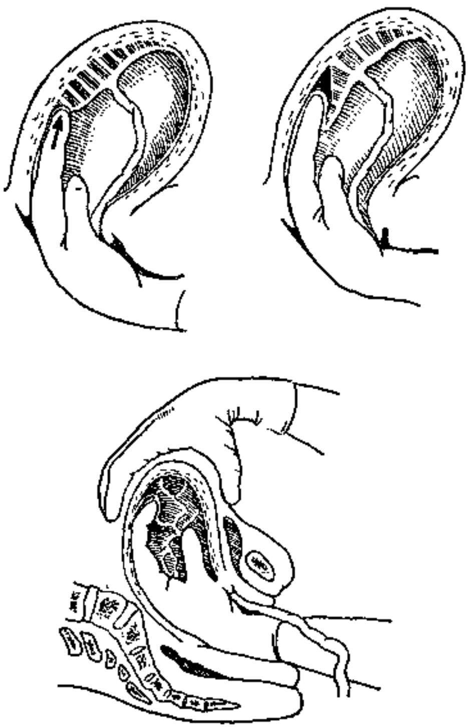


图 13-22 用手剥离胎盘法

2.宫颈和会阴裂伤 表现为胎儿娩出后立即出现持续不断的多量流血。如是宫颈裂伤，应用纱布紧压，送卫生院处理。如是会阴裂伤，可缝合止血。

胎盘娩出后的出血

以下述两种情况多见：

1．子宫收缩乏力性出血 最多见。特点是胎盘娩出前无出血或出血不多；胎盘娩出后，出血时多时少，子宫收缩时出血少，子宫弛缓时出血多。严重时子宫不收缩，软，甚至轮廓不清，血流如注，产妇很快发生休克。此时当务之急是止血，止血的关键是设法引起和加

强子宫的收缩。处理的具体方法有：

（1）下腹部冷敷。

（2）注射子宫收缩剂：垂体后叶素10单位加入25%葡萄糖液20毫升静注；或麦角新硷0.2～0.4毫克直接注入子宫颈处。

（3）按摩子宫：在宫底部做轮状按摩；或一手自两侧捏住子宫下部向头侧上提，另一手做轮状按摩。

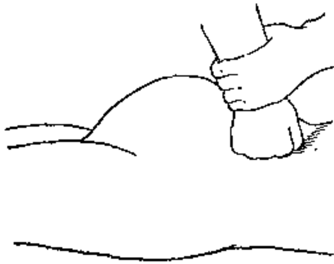


图 13-23 拳压腹主动脉止血

（4）压迫子宫：可用拳头压迫腹主动脉（图13-23）。或用消毒的手伸入阴道捏住子宫颈前后唇，另手在腹壁上向前推，两手紧压不放松，直至子宫收缩好转为止（图13-24）。也可将手伸入子宫内，另一手放在腹壁上边按摩边压迫（用手剥离胎盘法后多用此法）。

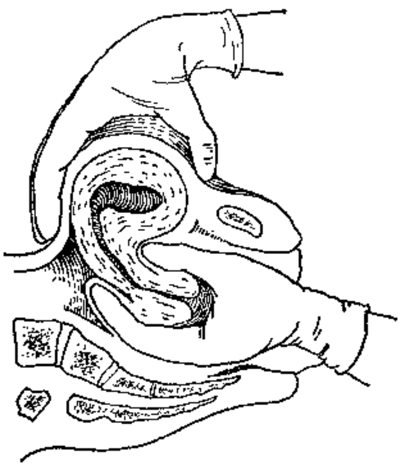


图 13-24 双手压迫子宫法

在这些措施同时，应速找卫生院医生协助抢救。

2．**胎膜或胎盘部分残留** 大出血常在产后数日发生。处理见前述。

总之，在抢救产后出血的过程中，要沉着、镇静，正确判断，果断处理，决不能有丝毫马虎大意或畏难情绪。

产 后 随 訪

产后随访可以及时发现问题，解决问题，保障毋婴健康。这是一项具体贯彻“预防为主”的重要工作。每个“赤脚医生”都应完全彻底为人民服务，极端负责任，认真作好这项工作。并根据具体情况，制定必要的切实可行的制度。

1. 新生儿（指出生一个月以内的婴儿）方面：

(1) 头部产瘤（分娩时被产道挤成），一般在2日内消失；头顶囟门正常时稍凹陷（膨出表示颅内压力增高）。

(2) 分娩后3日内排胎便，暗绿色。粘稠、无臭味。以后转为黄色软便，一日約3～5次。绿便、稀便、有粘液、奶瓣，表示消化不良。

(3) 心率正常約120～130次/分，有明显杂音，可能为先天性心脏病。

(4) 脐带应在生后2～5日脱落。脱落的早晚与结紮线距脐轮的近远有关。

(5) 四肢活动情况。有某一肢体不动时，表示受损伤。

(6) 新生儿生后2～4日出现黄疸，7～10日消退；或生后1～2日起红斑；或女婴有阴道流血、乳腺肿胀，均不是病。

2. 产妇方面：

(1) 满月以前，注意调养；不宜担负体力劳动；防止受风寒。

(2) 子宫逐渐缩小，两周时在腹部不应再摸到子宫。阴道流出物称产露，先是血性，10天左右变成白色。应特别注意保持阴部清洁卫生。如产露有臭味或血性不退，表示有感染等病。

(3) 产前有妊娠中毒症者，产后应测血压。血压仍高者须继续治疗。

(4) 注意乳房清洁和喂奶。要指导初产妇正确喂奶方法。一般喂奶不应超过20分钟。吃奶后将新生儿抱起，轻轻拍背，可避免吐奶。如乳头有破口时，可用蓖麻油鉍糊剂（次炭酸鉍、蓖麻油等量混合）涂乳头破口处，暂停哺乳1～2次。

(5) 如奶汁不足，可用新针疗法，主穴乳根、膻中，配穴足三里、

少泽，交替使用，用中、强刺激手法。也可用黄芪1两、当归5钱、通草3钱、山甲2钱，纱布包后，用猪蹄一对燉熟，吃肉喝湯；或用絲瓜络5钱，水煎去渣，打入鸡蛋2个煮熟，一次服；也可用棉花子1两捣碎，黄酒煎服。中成药"妈妈多"等也可用。

产妇的生殖器官一般须经42日才能完全恢复正常，这期间称为产褥期，应做好保健，可免得产褥感染和子宫脱垂等病。

附：如需退奶，可针刺足临泣（第四、五跖趾关节后5分）、悬钟，两侧交替用，每次针一侧，针1～3次可退乳。也可用炒麦芽1～2两水煎，当茶喝；或陈皮8钱、甘草2钱，水煎服；也可用己烯雌酚5毫克，每日3次，连服3日，以后每日1次，每次5毫克，再服3日。

妊娠期出血

以流产、前置胎盘最多见。

一、流　　产

妊娠不满7个月，就将胎儿排出体外，称为流产，俗称"坐小月子"。流产如未得到及时恰当的处理，可引起一系列不良后果。例如长期流血可致贫血，减低身体抵抗力；更多的是易合併感染，引起内生殖器的炎症，影响劳动和生育。所以要及时正确处理流产，预防妇女病的发生。

流产以妊娠2～3个月时最多见，其主要病状是：出血，下腹痛（因子宫收缩），流出胚胎组织。根据三者的表现，可以了解流产发展的全过程和每个阶段矛盾的特殊性。处理时不可千篇一律。

1．**先兆流产**（图13-25）　轻者只有下腹痛，腰酸、下墜感，而无阴道流血。稍重时则有少量阴道流血，无血块。如作阴道指诊，宫口未开。

治疗　原则是保胎（缓解子宫收缩，止血）。

（1）适当卧床休息。

（2）中药治疗：无阴道流血者，可用杜仲5钱、桑寄生5钱，水煎服。也可用杜仲4钱、桑寄生4钱、菟絲子4钱、川断3钱，水煎服。

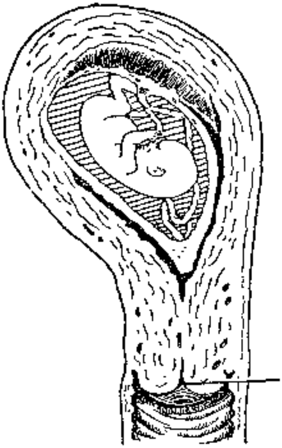


图 13-25 先兆流产示意图

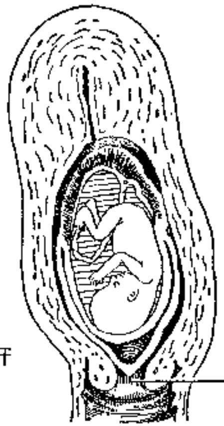


图 13-26 难免流产示意图

有阴道流血者，多属阴虚血热；有两颧潮红、手脚心热、腹痛、舌红无苔、脉细弱而滑等表现，可用当归3钱、生地4钱、白术3钱、川断3钱，水煎服。

(3) 镇静药：口服冬眠灵25毫克，每日3次；鲁米那0.03克，每日3次。必要时可肌注冬眠灵50毫克。

(4) 黄体酮10～20毫克，每日1次，肌注。

保胎疗法以两周为限，经治疗不愈，应想到胚胎可能已死亡。

2. **难免流产**（图13-26） 阴道流血量多，超过月经量，有血块；下腹痛剧烈，有时有羊水流出。阴道指诊宫口已开大。

治疗 原则是促使胚胎组织排出，及早结束流产。可每半小时肌注垂体后叶素5单位，连用4次。如无效，可去医院行刮宫术。

3. **完全流产** 难免流产进一步发展，完整的胚胎组织自然流出宫腔，腹痛减轻，出血明显减少；阴道指诊宫口已闭。多见于妊娠两个月以内。

治疗 多不需治疗。也可用益母草4钱水煎服；或益母丸，每日2次，每次1丸。

4. **不全流产**（图13-27） 出血多，甚至可出现休克；虽排出肉样组织，但排出后流血不减，下腹痛不缓解。阴道指诊常可摸到胚胎组织堵塞子宫口处。

治疗 原则是清除内容物，即可止血；有休克者抗休克治疗。

可用牛膝4钱、红花3钱，水煎服，每日1剂。如出血很多，宫口已开大超过一指，可用手指伸入宫腔除去残留的胚胎组织。但必须注意严密消毒。必要时，也可送卫生院行刮宫术。

5. **过期流产**（图13-28） 胚胎已死，仍留在宫腔内未能排出者，称为过期流产。可有阴道流血，时有时无，呈血性或茶褐色血水；下腹痛轻微或无腹痛，有微热，食欲不振，子宫不见增大或反而缩小；如作妇科检查，可见子宫大小和妊娠月份不符，小于妊娠月份。值得注意的是如子宫大小大于妊娠月份；或已妊娠4～5个月，病人又无胎动感觉，有陈旧血流出，应考虑葡萄胎，如见流出物有葡萄样水泡状物，即可确诊为葡萄胎，必须立即到卫生院处理。

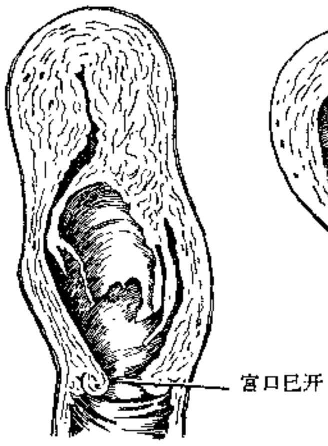


图 13-27 不全流产示意图

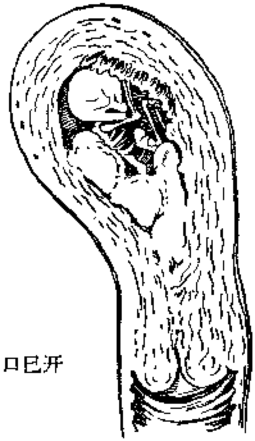


图 13-28 过期流产示意图

治疗 原则是促使子宫收缩，排出胚胎组织。

（1）新针疗法：合谷、三阴交、足三里，用强刺激手法。可引起

和加强子宫收缩。

(2) 口服己烯雌酚5～8毫克，一日3次，连服3日后，用垂体后叶素10单位加入5～10%葡萄糖液500毫升内静脉点滴。多可将胚胎排出。

(3) 上述方法无效，可送卫生院行刮宫治疗。

6. **感染流产** 在流产过程中，出现体温升高，伴有寒战，下腹部有压痛，流出物呈脓血性时，为感染流产。

治疗 原则是先控制感染。

(1) 如流血不多，胚胎尚未排出或排出不全（不全流产）者，应先用抗菌素（如青、链霉素，常规剂量，肌注），待体温下降后，再去卫生院行刮宫术。

(2) 如流血量多，可去卫生院治疗。只可先夹出宫腔内胚胎组织，决不可作刮宫术，以免扩散感染。待感染控制后，再行刮宫术。同时应用抗菌素。

7. **习惯性流产** 连续流产3次，称为习惯性流产。

治疗 有妊娠可疑（如月经未按时来潮），即应避免体力劳动，暂禁合房，可肌注黄体酮10～20毫克，每周2～3次；口服維生素E10毫克，一日3次。也可用杜仲4钱、川断3钱、寄生5钱、菟絲子5钱，水煎服，一周2剂，连服1个月。

二、前置胎盘

胎盘位置低，附着在子宫下段或接近子宫口，称为前置胎盘（图13-29）。

病状 在妊娠后3个月时，出现无痛性阴道流血，多在睡眠时出现，量多少不定，反复发生，胎心音多正常。

应和胎盘早剥相鑑别，胎盘早剥病状为突然腹部剧痛，腹部渐增大（因内出血），严重者胎动消失，无胎心音（因胎盘剥离），子宫呈板状硬。

处理 出血多时，应立即送至卫生院治疗。

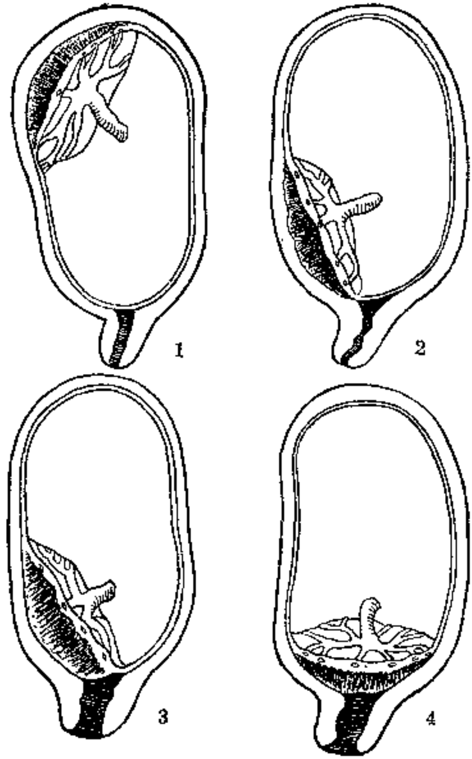


图 13-29 前置胎盘示意图
1—胎盘正常附着位置，2，3，4—不同程度的前置胎盘

晚期妊娠中毒症

本病发生在妊娠 24 周以后。特征是水肿、高血压和蛋白尿。继续发展可以抽风，昏迷，甚至死亡。初孕妇最多见。是妊娠特有的疾病。

病状

1. 轻症可仅有水肿，由足部、小腿开始向上蔓延，称为妊娠水肿。如仅血压比原来的血压升高約 30/15 毫米汞柱或已高至 130/90

毫米汞柱以上时，称为妊娠高血压。均属轻症妊娠中毒症。

2．有水肿、高血压和蛋白尿，且血压已高达160/100毫米汞柱，又有自觉症状，如头痛、眼花，特别是出现胸部束缚感、呕吐时，常表示即将发生抽风，称为先兆子痫。

3．有上述病状和体征，又出现抽风，这种抽风的特点是：开始是面、颈肌肉强直，头扭向一侧，眼球固定，瞳孔散大。随即可见口角及颜面肌肉微颤。继而两臂屈曲，手紧握，牙关紧闭，呼吸停止，全身肌肉强直，約持续15秒。随后眼睑忽开忽闭，牙关上下咬动，全身肌肉呈痉挛性抽搐，四肢乱动，舌可被咬伤，面色青紫。随后进入昏迷状态。产前、分娩时及产后数日均可发生。称为子痫，是晚期妊娠中毒症的重型。

预防 按时作孕期检查，发现轻症时，及时治疗，防止发展到先兆子痫或子痫。

治疗

1．水肿者，多属脾虚，表现四肢肿，面黄，无力，四肢不暖，口淡无味，便稀，舌淡苔薄，脉象沉缓。可用蜜炙白术3钱、茯苓皮2钱、生姜皮2钱、腹皮2钱、陈皮2钱，水煎服；也可用双氢克尿塞25毫克，日服3次。

2．高血压者，可用镇静药，如冬眠灵25毫克，日服2次；鲁米那0.03克，日服3次。并用降压药，如利血平0.25毫克，日服3次；降压灵4～8毫克，日服3次。

3．先兆子痫者，孕妇静卧遮光暗屋内，饮食少盐。同时应用大剂量镇静药，如肌注冬眠灵50毫克，使病人处于半睡状态；迅速降压，如肌注利血平1～3毫克，一日2次。

4．子痫者，“赤脚医生”必须在旁守护。住室保持幽暗安静，避免声响。肌注25%硫酸镁20毫升（5克），要深注，每6小时1次，全日量20克。注前应查呼吸不少于16次/分，有膝反射，全日尿量不少于600毫升时，方可以使用。也可用冬眠灵50毫克肌注，必要时4小时后再注1次。如有静滴条件，可用25%葡萄糖500毫升内加維生素丙500毫克缓慢静滴。也可用10%卤碱20～40毫升加入葡萄糖中静脉注射。准备筷子一双裹缠纱布，抽风时插入上下磨牙之间，以防

舌咬伤。并即找卫生院医生处理。

产 褥 感 染

产后24小时到10日内，体温超过38℃以上，伴有寒战、头痛、全身不适、下腹痛，子宫体部有明显压痛，阴道流出血水多，有臭味等，说明产妇患产褥感染。产褥感染常见于不消毒接生、产后出血等时。预防产褥感染的有效措施是新法接生，严密消毒，及时处理产后出血。

治疗

1．半卧位，以便于产露流出。多饮水。

2．应用子宫收缩药物。可肌注麦角新硷0.2毫克，一日2次；或口服益母丸，一日2次，每次1丸。

3．青霉素40万单位，链霉素0.5克，一日2次，肌注；或口服四环素0.5克，一日4次。

4．中草药治疗：

外感　当归2钱、川芎1钱、熟地2钱、白芍2钱、柴胡2钱、荆芥3钱，水煎服。

瘀血　生化汤：当归3钱，川芎2钱，甘草1钱，炮姜1钱，桃仁3钱。热盛加银花3钱。气虚加党参3钱，黄芪4钱。成药可用生化丸。

第十四章　计划生育

计划生育是运用科学的方法控制生育的时间，调节生育的密度，避免生育过早、过多和过密。

计划生育是有阶级性的。我们提倡的是无产阶级的计划生育，它和资产阶级的节育根本不同。无产阶级的计划生育是适应社会主义需要提出来的。社会主义经济的特点是有计划的按比例发展，所以人口发展要有计划。中共中央、国务院曾发表的《关于认真提倡计划生育的指示》中說："在城市和人口稠密的农村提倡节制生育，适当控制人口自然增长率，使生育问题由毫无计划的状态逐渐走向有计划的状态，这是我国社会主义建设中既定的政策。"

实行计划生育，有利于保护母子的身体健康，有利于教养好下一代，有利于思想革命化，有利于"抓革命、促生产、促工作、促战备"。它是关系到社会主义革命和建设的大事，是关系到世界革命的大事。

二十年来，我国广大工农兵和革命的医务工作者，积极开展计划生育的宣传、指导工作，取得了很大成绩，但是，叛徒、内奸、工贼刘少奇反对和破坏无产阶级的计划生育政策。他闭口不谈计划生育对个人思想革命化、国家和社会主义革命的需要，却极力宣扬资产阶级的个人主义享乐思想。胡說什么"计划生育是可以短期实行的暂时措施"，因为它可以"改善人民的生活"，其目的是想把革命人民拖进资产阶级自私自利的泥坑，腐蚀人们的革命意志，纯属资本主义社会节制生育的翻版。因此，在开展计划生育工作中，必须彻底批判、肃清"刘毒"。

早婚和盲目的生育，是旧社会遗留下来的一种习惯势力，在农村中还沒有完全肃清。特别值得注意的是在这种习惯势力的背后，存在着两个阶级、两条道路，两种思想的斗争，这是封建势力和资产阶级同我们爭夺青年一代的一种手段、一个方面。

"赤脚医生"应该同广大贫下中农一起，狠抓阶级斗争，开展革命大批判，积极宣传计划生育工作的重要意义，肃清阻碍计划生育工作的各种封建主义和资产阶级思想余毒。对未婚男女着重宣传适当推迟结婚年龄，对已婚夫妇要提倡避孕，有计划地生育。宣传时要注意突出无产阶级政治，耐心地、过细地向群众作思想工作和技术指导，及时树立典型，推广经验，把计划生育工作做的扎扎实实。

计划生育包括：提倡适当推迟结婚年龄；避孕；人工流产和绝育。

适当推迟結婚年龄

伟大领袖毛主席对我国青年寄予无限的希望，他說："**世界是你们的，也是我们的，但是归根结底是你们的。你们青年人朝气蓬勃，正在兴旺时期，好象早晨八、九点钟的太阳。希望寄托在你们身上。**"青年人应该树雄心，立大志，奋发图强，以充沛的革命精力努力学习毛主席著作，积极参加三大革命运动，做一个无产阶级革命事业的接班人，成为胸怀祖国，放眼世界的革命战士。因此，应当把适当推迟婚龄提高到为公还是为私、为革命还是为个人的高度来认识。发动群众，广泛讨论，提高觉悟，克服错误思想，在农村树立晚婚的革命新风尚。

适当推迟结婚年龄是防止生育过早、过密、过多的第一步。一般說来，男子 26～28 岁，女子 23～25 岁结婚比较合适。

避　孕

宣传避孕必须突出无产阶级政治，过细地做好思想工作。

避孕是婚后调节生育的好方法，是防止精子和卵细胞结合成胎儿的措施，对人体无害，应当提倡。常用的方法有：

1．口服避孕药：是一种合成的孕激素，加上一种雌激素。可以抑制排卵达到避孕。有二种：

(1) Ⅰ号片，含炔诺酮和炔雌醇。

(2) Ⅱ号片，含甲地孕酮和炔雌醇。

用法：月经来潮当日算起的第五日开始服药，每天睡前服 1 片，

连服 22 日，不可间断。停药后数日月经来潮，然后再按同法服用。服药期间如有漏服，第二日晨应补服，否则不仅会使避孕失败，而且可能出现阴道流血。服药 22 日可避孕 1 个月。

副作用小，偶见有类似早孕的反应：恶心、呕吐、嗜睡等，多见于服药第一个月，以后减少。轻者不需处理，必要时每晚服維生素乙$_6$10 毫克和維生素丙 100 毫克各 1 片，连服 7 日。个别人出现阴道流血，如不是漏服药引起的出血，可每晚加服炔雌醇 1～2 片，即可止血，一直服到本周期结束。如出血量多或服药已到最后 3～4 日出血，可当作月经，在出血第五日重新服药 22 日。凡有肝炎、肾炎、高血压、子宫肌瘤病人禁服本药。

2．避孕针Ⅰ号：含己酸孕酮 250 毫克和戊酸雌二醇 5 毫克。可以抑制排卵达到避孕。

用法：每月注射 1 次，月经来潮当日算起的第 10～12 日注射 1 支。可避孕 1 个月。第一次需在月经来潮当日算起的第 5 日肌注 2 支，或注 1 支后第 15 日再肌注 1 支。副作用同口服避孕药片。患急慢性肝炎、肾炎、乳房肿块禁用。用本药后应注意检查乳房，如有肿块出现，应停药。

3．避孕套：为男用避孕工具。有大、中、小三种，在合房时用，可以阻止精子进入阴道、子宫，达到避孕的目的。使用避孕套时大小要合适。用前应检查，不可有漏洞，以免精子漏出使避孕失败。

4．阴道隔膜：为女用避孕工具。是一个薄橡皮做的象帽子样的圆盖子。合房前把它放入阴道深处遮住子宫颈口，精子进不了子宫，就可达到避孕。合房后 8～12 小时取出，不能过早取出，以免失败。使用前，将帽边捏扁，顺阴道后壁送至底，把前面的边向上勾，嵌在耻骨后凹处。取出后可洗净擦干，留下次再用。

5．避孕环：是把一个圆形小钢环或塑料环放在子宫腔内，使受精卵不能在子宫内生长，达到避孕目的。可去公社卫生院上环。放环后 1～2 日不应做重活，两周内不可合房。少数人放环后可有月经过多或不是月经期有不规则流血，多在半年后恢复正常。一个环可放 4～5 年，取出后再换新环。取环后又可受孕。

人 工 流 产

如避孕失败而又不要孩子时，可进行人工流产。目前多用负压瓶，电动吸引器吸宫，效果好，痛苦少，比较安全，越早做（如妊娠6周以前），越好，出血也越少。如到妊娠两个半月甚至三个月，就不宜做吸引流产，而需刮宫流产。人工流产只是避孕失败后的一个补救措施，更重要的是做好避孕。

絕 育

对多子女的父母或女方患病不宜再生育时，绝育术可以做到永久避孕。

关于绝育术，在不明眞相的群众中，存在着一些不正确的认识，如把绝育术看作相当于家畜的去势手术（阉割），或认为绝育术会使劳动力减弱、影响房事等。因此需要对群众进行常识宣传，对愿作绝育术的人更应详细解释，消除他们的顾虑。請做过绝育术的人谈谈，现身說法，效果往往更好。

(1) 男子结扎输精管：手术簡便，术后不必卧床休息，对劳动力和夫妇生活沒有不良影响，值得提倡。术后两周内禁止合房，两个月內合房时，仍应使用避孕套（因原有精子还沒有排尽）。

(2) 女子结扎输卵管：手术也较簡单。术后3周内禁合房。

第十五章　常见五官疾病

第一节　常见眼病

解剖知識

眼球（图15-1,2）由三层被膜及內部的屈光体组成，通过视神经与脑相连。

- 眼球壁（被膜）
  - 外层
    - **角　膜**：在前方中央，透明（显出虹膜和瞳孔，俗称"黑眼珠"的表面），感觉銳敏。
    - **巩　膜**：占角膜以外部分，白色（俗称"白眼珠"），坚韧，起保护作用。
  - 中层
    - **虹　膜**：有色，中央为瞳孔，可因光线强弱而扩大、缩小。
    - **睫状体**：在虹膜和脉络膜之间，能调节晶状体，分泌房水。
    - **脉络膜**：有色，遮光，营养眼內组织。
  - 內层——**视网膜**：是感光部分，接受光线刺激，传到大脑产生视觉。

- 眼內容（屈光体）
  - **房　水**：透明液体，充滿晶状体与角膜之间，虹膜前方为前房，后方为后房，两者相通。房水过多可引起眼內压增高。
  - **晶状体**：双面凸的透明体，受睫状体调节，使人能看远近物体。
  - **玻璃体**：透明，胶状，充滿晶状体后方的空间。

眼瞼(眼皮)：分上瞼和下瞼，瞼边有睫毛，都保护眼球。

结膜：是一层透明的粘膜，保护眼球。衬在眼瞼里面的叫瞼结膜，盖在巩膜前面的叫球结膜，两者联接部分叫穹窿结膜。

泪腺和泪道：眼眶外上方有泪腺，分泌泪液。泪液湿润和保护眼

球；多余的泪液，经睑缘近内眥处的泪点到泪囊、鼻泪管流入鼻腔。

眼肌：眼球周围有 6 条眼肌，使眼球随意运动。

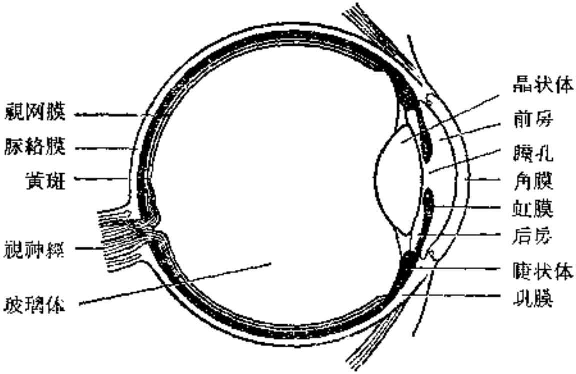


图 15-1 眼球矢状切面示意图

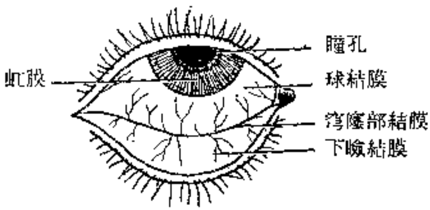


图 15-2 眼的前面观

麦 粒 肿

麦粒肿俗称针眼，是睫毛根部皮脂腺或睑板腺的急性化脓性炎症。初起睑缘红肿，有硬结、压痛，继续发展可使全眼睑红肿，球结膜水肿；重者可引起发烧和邻近淋巴结肿大。数日后可自行消退；或出现脓点，破溃排脓。

治疗

1．早期：热敷；局部涂 0.5% 金霉素或 5% 磺胺嘧啶眼膏等。针刺太阳、攒竹、合谷、曲池。

2．成脓后切开排脓。脓点在皮肤时，切口与睑缘平行；在结膜

时切口与睑缘垂直。切勿挤压，以防引起眶蜂窝织炎。

3．有全身反应者可做淋巴结疗法，每日1次。也可用磺胺类或青霉素等。

睑 緣 炎

睫毛囊受细菌感染，睑缘形成慢性炎症，俗称“烂眼边”。睑缘刺痒、干痛、潮红、肥厚。睫毛根部形成浅溃疡，其上有痂皮。睫毛囊如被破坏，睫毛脱落不再生（睫毛秃）。本病若久不治愈，可造成睑裂缩小、睑外翻、流泪等。

防治

1．注意眼部卫生，避免用衣角或不洁手巾擦眼。积极治疗沙眼及结膜炎。

2．用棉签蘸2%碳酸氢钠液或生理盐水，将痂皮除去，再涂抗菌素眼膏。也可用0.5%硫酸锌液滴眼。

3．2%普鲁卡因封闭上、下睑缘，各约0.5毫升，每日或隔日1次。

急性結膜炎

俗称“暴发火眼”，有传染性，春夏季发病较多。感染后1～2日，眼部异物感、灼热感，流泪，有多量粘液脓性分泌物。眼睑肿胀，结膜充血水肿，尤其穹窿部结膜较重，常见结膜下点状、片状出血。如有疼痛、怕光，应注意角膜的变化。

预防 细菌存在于眼分泌物中，通过接触传染。因此，病人的面盆、毛巾要煮沸、消毒，他人不要共用。托儿所、小学校要教育儿童养成讲卫生的习惯。积极治疗病人，减少传播。

治疗

1．分泌物量多时用生理盐水冲洗，每日2次。盐水可用500毫升开水化1钱精盐过滤配成。

2．0.25%氯霉素眼药水或15%磺胺醋酰钠眼药水滴眼，每日3～6次。晚间涂抗菌素眼膏。忌用眼带包紮。

3．针刺太阳（直刺）、攒谷（横刺）、睛明（沿眶缘刺入）、曲

池、合谷。

4. 蒲公英1～2两或龙胆草5钱水煎服，并洗眼。羊蹄草汁或土黄连1钱、菊花2钱浓煎半小时点眼，每日2～3次。

沙　眼

沙眼是由沙眼病毒引起的一种慢性传染性结膜炎。

在万恶的旧社会，许多劳动人民在残酷的压榨下，因沙眼失明，丧失劳动力，流离失所，过着乞讨度日的悲惨生活。解放后，广大劳动人民翻身作了主人。在党和毛主席的亲切关怀下，沙眼的防治工作取得了巨大成绩，沙眼发病率显著降低，沙眼致盲的威胁已经根本解除。但是，在刘少奇的修正主义卫生路线毒害下，广大农村缺医少药，加上沙眼的研究工作走向脱离工农、脱离实际的歧途，沙眼在农村中仍不少见，影响生产劳动。经过无产阶级文化大革命，在毛主席关于“**把医疗卫生工作的重点放到农村去**”的光辉指示指引下，大批医务人员深入农村，“赤脚医生”的队伍不断壮大，合作医疗制度进一步巩固，沙眼普查和防治工作广泛开展，使许多沙眼病人得到及时治疗，使多年失明病人重见光明。我们相信，随着毛主席对卫生工作的一系列指示进一步贯彻落实，沙眼的防治工作一定会取得更显著的成就。

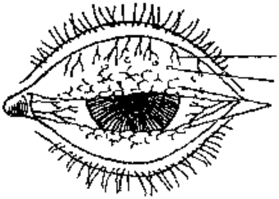


图 15-3　沙眼浸润进行期

病状　初起时眼有痒感或摩擦感，有少量粘液性分泌物。结膜充血、混浊、肥厚，相继出现乳头肥大和滤泡增生。角膜上缘有细小血管侵入，称沙眼性血管翳。为浸润进行期（沙眼Ⅰ期）（图15-3，4）。

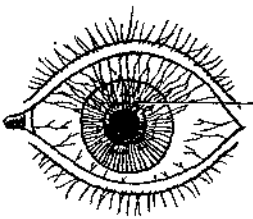


图 15-4　沙眼角膜血管翳

病变进一步进展时，滤泡破溃，睑结膜及穹窿结膜的滤泡间形成

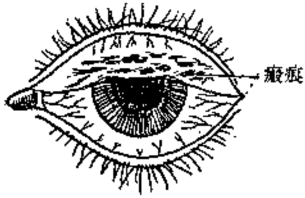


图 15-5　沙眼瘢痕期

许多细白条状瘢痕。瘢痕经过处血管中断。结膜变白。为瘢痕期（沙眼Ⅲ期）(图 15-5)。

积极地治疗，可使沙眼病变停止而结瘢治愈。不然，病变继续进展，可发生以下併发病，影响视力。

1．**睑内翻(倒睫)**　瘢痕牵引睑板变形，使睑缘内转，睫毛内倒，刺激角膜，使角膜混浊，呈磨玻璃状。

2．**角膜溃疡**　在角膜血管翳的末端，角膜形成新月形溃疡。愈后可遗留程度不同的混浊，轻的叫薄翳，重的叫斑翳、白斑。

3．**慢性泪囊炎**　沙眼病变侵犯泪囊,使鼻泪管阻塞。表现为见风流泪、压迫泪囊有脓性分泌物流出。

预防　积极贯彻预防为主、防治结合的方针，放手发动群众，积极开展沙眼的预防宣传和普查普治工作。加强个人卫生和公共卫生，公共场所如饭馆、浴池、理发馆等公用毛巾，需烫洗后再用。

治疗

1．滴眼药水：常用 0.25% 氯霉素或 0.5% 金霉素眼药水，10% 磺胺醋酰钠等，每日点眼 3～6 次。（氯霉素眼药水配方：氯霉素 25 毫克、硼砂 10 毫克、氯化钠 100 毫克、灭菌蒸溜水 10 毫升。）也可用黄连西瓜霜眼药水，每日点眼 3～4 次。（黄连 5 克、西瓜霜 5 克、月石 0.2 克、灭菌蒸溜水 100 毫升。）

2．手术治疗：

（1）乌贼骨棒消毒后，浸泡在大蒜或黄连素液中。用 0.5% 的卡因点眼麻醉，再以乌贼骨棒摩擦滤泡，注意切勿损伤角膜。术后用生理盐水冲洗，继续点眼。

（2）滤泡压除术（图 15-6）：皮肤消毒，2% 普鲁卡因结膜下浸润麻醉，以尖刀将滤泡刺破，压出内容物，使之变平，术后继续点药。

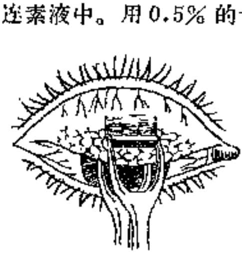


图 15-6　滤泡压除术

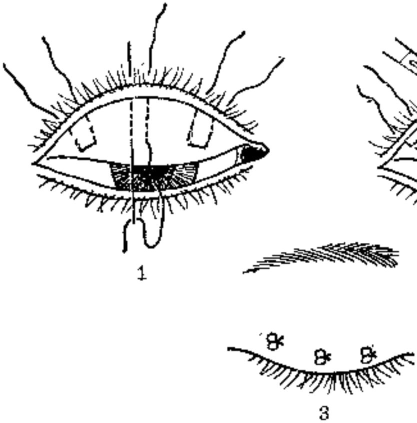


图 15-7 内翻倒睫手术步骤

1—翻轉眼瞼，縫預置綫；2—切断瞼板；3—垫紗布垫結紮

(3) 睑内翻矫正术（图 15-7）：皮肤消毒。2% 普鲁卡因睑皮下及结膜下浸润麻醉。翻转眼睑。縫针自睑板上缘刺入，沿睑板前面进行，距睑缘 2 毫米穿出皮肤，共縫 3 针。沿睑下沟切断睑板。拉紧縫线，两线之间垫小纱布垫后结紥，使睑缘矫正。涂抗菌素眼膏，隔日换药，6～7 日拆线。

(4) 少数倒睫，可行倒睫电解术（图 15-8）。皮肤消毒，2% 普鲁卡因浸润麻醉。电解器阳极与一锌板相接，板上敷贴一块用盐水浸湿的棉球，放在病人颞侧，紧贴皮肤。把与电解器阴极相连的细针（针灸针）沿睫毛根刺入毛

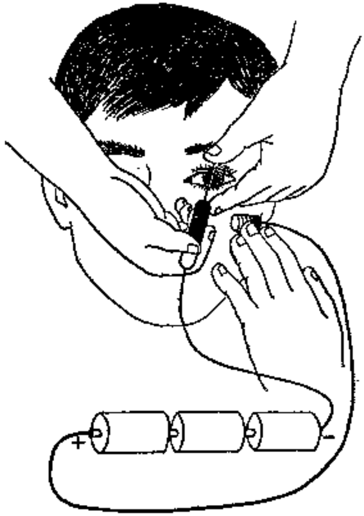


图 15-8 倒睫电解术

囊約2毫米深，见针周围有泡沫出现，即可断电，并拔除睫毛。

翼状胬肉

翼状胬[音努，nǔ]肉，多因受风尘、烟雾等刺激，结膜发生增生性病变，睑裂部球结膜形成三角形皱襞，向角膜方向发展。内侧多于外侧。如胬肉侵犯角膜中央遮盖瞳孔，可影响视力（图15-9）。

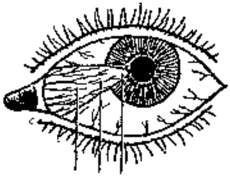


图 15-9 翼状胬肉

治疗

1．如胬肉菲薄而不发展，可滴无刺激性眼药水。

2．针刺治疗：0.5%的卡因滴眼麻醉3次。先用针尖轻轻剥离胬肉头部，然后针刺胬肉根部，此时眼球酸胀、流泪。再加配穴睛明，翳明。术毕用涂抗菌眼膏，防止感染。每月1次，轻者数次可使胬肉回缩。

3．针刺无效，可手术治疗。

角膜溃疡

多见于年老体弱者。通常因角膜表皮损伤脱落后，感染毒性较强的细菌而发生。有慢性泪囊炎者易发生。

病状 多有较重的眼痛、偏头痛、怕光流泪。溃疡多近角膜中央，常影响视力。2～3日后常出现眼睑肿胀、痉挛，角膜周围充血，角膜中央形成灰黄色溃疡，经早期治疗可遗留角膜白斑而治愈。如溃疡继续向周围深层蔓延，可发生前房积脓，溃疡迅速发展，角膜全层破坏，角膜穿孔，虹膜脱出；严重时可使眼球破坏。

防治

1．防止角膜外伤，并积极治疗沙眼及其併发病，有慢性泪囊炎应及早手术治疗。

2．1%卤碱眼药水点眼，每日3次；涂5%磺胺眼膏或0.5%金霉素眼膏。用1%阿托品液滴眼散瞳。戴眼带。热敷，每日3次，每次20分钟。

3．重症有前房积脓，可用10%卤碱0.3毫升或青霉素5万单位、链霉素50～100毫克结膜下注射，隔日1次。同时用眼药消炎。

4．溃疡发展迅速时，先用0.5%的卡因点眼麻醉，用细小棉签沾少许10%碘酒烧灼溃疡边缘，注意勿损伤健康角膜，灼后立即用生理盐水冲洗。

5．耳针：眼穴留针治疗。

6．给予維生素甲丁、維生素乙$_2$等。并注意通便。

急性充血性青光眼

青光眼是眼内压增高引起的一系列病状。由于瞳孔区呈绿色反光，祖国医学称“绿风内障”。多见于40岁以上，女性较多，常因精神过度紧张、情绪波动、过劳而发病。

病状 发病急，眼球剧烈胀痛，偏头痛，有时发生恶心呕吐。最初看灯光有虹彩环（虹视），视力迅速障碍，仅能见光感及手动。角膜周围充血，角膜水肿呈哈气样混浊。瞳孔呈横椭圆形散大，对光反应迟钝或消失，指触眼球坚硬（眼压高）。

防治 青光眼是一种严重的眼病，必须重视。治疗愈早、预后愈好，如发展到晚期，常导致失明。

1．向病人多做思想工作，安慰和鼓励病人，使其解除对疾病的顾虑。

2．药物治疗：

（1）缩瞳：1～2%毛果云香碱或0.25%毒扁豆碱，每5～15分钟一次交替点眼，两小时后减量。

（2）利尿降压：口服醋唑磺胺250毫克或双氢克尿塞25毫克，每6小时一次，首次加倍。

（3）口服30毫升甘油；或静注25～50%葡萄糖50毫升，每日2～3次。

（4）镇静：冬眠灵25毫克，或鲁米那0.06克，每日2次口服。如有便秘，可服缓泻药或肥皂水灌肠。

3．针刺：太阳、睛明、合谷、风池。或在太阳穴拔火罐。

如在本地不能控制病情，及时送到医院治疗。

眼外伤处理

1. 角膜、结膜表层异物

(1) 嘱伤员勿揉擦眼。

(2) 用生理盐水或冷开水冲洗，或以湿棉签轻轻擦去异物。

(3) 嵌入组织表层的异物，先用2%普鲁卡因或0.5%的卡因点眼麻醉，以细针头轻轻拨出异物。然后涂眼膏。

2. 化学性烧伤

(1) 处理强酸、强碱等化学物质时、宜戴防护眼镜，预防受伤。

(2) 沾上化学物质后，立即用水冲洗。

(3) 用1%阿托品散瞳，涂眼膏，戴眼带保护。必要时可在结膜下注射自家血0.5毫升。

(4) 严重者口服或注射抗菌药。

3. 眼球穿孔伤

(1) 检查时伤员应仰卧，切勿压迫眼球。

(2) 用湿棉签轻轻除去表层异物，不应用水冲洗。

(3) 伤口微小、无组织脱出或嵌顿者，可用眼药戴眼带保护，等待自然愈合。

(4) 伤重者先点阿托品散瞳及点眼药水防感染，包扎后送医院。

第二节 常见耳鼻咽喉病

解 剖 知 識

鼻 鼻是呼吸道开始部分，也是嗅觉器官。鼻腔中央有鼻中隔，后方经后鼻孔和鼻咽相通，侧壁有上、中、下三个鼻甲(图15-10)。每个鼻甲下方分别为上、中、下鼻道。

鼻竇有4对，即上頜竇、篩竇、額竇和蝶竇。

咽 是呼吸道和消化道的上部，上宽下狭（图15-10）。

1. 鼻咽 前方通鼻腔，上为颅底，下为软腭，侧壁有咽鼓管和中耳鼓室相通。

2. 口咽 前方通口腔，上为软腭，下界为会厌软骨。两侧为扁

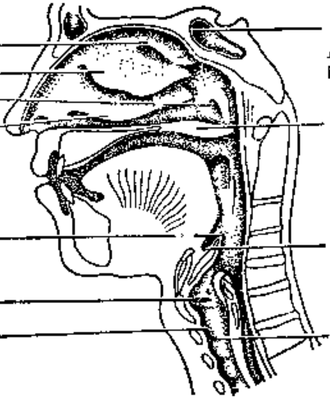


图 15-10 鼻、咽、喉示意图（侧面观）

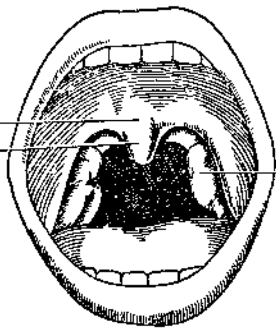


图 15-11 口咽部正面观

桃体（图 15-11）。

3．**喉咽** 上界为会厌软骨，下界为环状软骨。两侧有梨状窝，误吞的异物可存留于此。

耳 （图 15-12）

1．**外耳** 包括耳壳及外耳道。外耳道有毛囊和皮脂腺(耵聍腺)，

易发生疖肿。

2．中耳 包括鼓室、咽鼓管和乳突。鼓室外壁有鼓膜与外耳相隔。正常鼓膜椭圆形、银灰色、半透明、有弹性，能接受声波震动，并通过鼓室内的听骨传入内耳。中耳有病影响听力。

3．内耳 又名迷路。包括耳蜗及前庭半规管，能感受声波和体位变动的刺激，通过听神经传入脑。

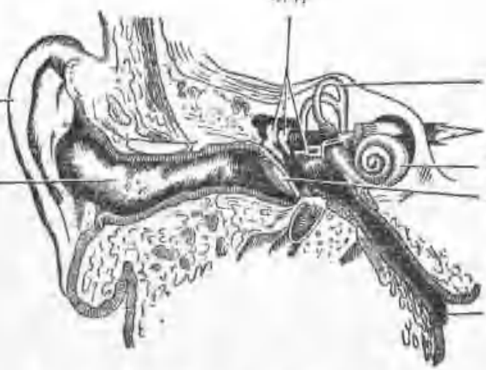


图 15-12 耳（外耳、中耳、内耳）的构造

鼻 出 血

鼻出血的局部原因有鼻外伤、鼻炎、鼻部肿瘤等；全身原因有急性传染病（如流感、猩红热等）、血液疾病、高血压、肝硬变等。

出血量少时，血从鼻孔滴出或流出。大量出血时，除从鼻孔流出外，还从口吐出或咽下，甚至可发生休克。

处理 鼻出血病人多有精神紧张不安，应鼓励和安慰病人，使他配合治疗。首先设法止血，同时查找出血原因，进行病因治疗。

1．小量出血时，用手压迫鼻翼或冷敷即可止血。

2．鼻出血较多时，应先取出不合适的填塞物品，选以下方法止血：

（1）用马勃粉，或头发灰，或煅龙骨、头发灰各等分研细，吹入鼻内或用棉球蘸药堵塞鼻孔。

（2）针刺合谷、内庭；上星、少泽。两组交替使用。或大椎点刺放血。

（3）用浸0.5～1%麻黄素或0.1%肾上腺素的棉片填塞鼻腔（高血压者忌用）；或将生地泡软，填入鼻腔；或用凡士林纱布填入鼻腔内。填塞物必须在两日内取出，以免引起鼻副窦及中耳感染。

（4）栀子3钱、白茅根1两水煎服；或七三七1钱研末，分2次服。也可用止血西药维生素K和维生素丙等。

3．出血快，用上述方法无效时，护送到卫生院，作后鼻孔填塞，或用腐蚀性药物灼凝止血。若有休克，应同时抗休克。

鼻 窦 炎

祖国医学称为"鼻渊"[音冤，yuān]。有急性和慢性两种，慢性多见。以上颌窦炎、筛窦炎较常见。

病状 因鼻及鼻窦粘膜充血、肿胀和炎症渗出，常有鼻塞、嗅觉减退、流黄色脓性鼻涕、慢性头痛等。急性期有发烧，头痛更重，鼻窦处（上颌窦在两颧内下方、筛窦在鼻梁两旁）叩痛明显。

防治

1．预防感冒，有预防和减轻鼻窦炎的作用。

2．急性期可肌注青霉素或口服磺胺类药，防止反复发作转为慢性。

3．用0.5～1%麻黄素或鼻眼净以及抗菌素液点鼻。两药交替使用，促进鼻窦引流和消炎。

4．慢性鼻窦炎可用苍耳子5钱、辛荑3钱、白芷2钱、薄荷1钱，水煎服。头痛加菊花2钱、荆子3钱；亦可用上黄连1钱、黄芩2钱，水煎服。

5．慢性鼻窦炎长期不愈，可考虑上颌窦穿刺或手术治疗。

急性扁桃体炎

祖国医学称为"喉蛾"。多因受凉、感冒，机体抵抗力降低，隐藏

在扁桃体腺窝的病菌（多为溶血性链球菌）侵入而致病。反复发作可形成慢性扁桃体炎。

扁桃体炎是风湿病、肾炎等的重要诱因，所以彻底治疗扁桃体炎对预防上述疾病有重要意义。

病状 发病较急。发烧、咽痛、头痛、身痛、倦怠；咽部充血，扁桃体红肿，表面常有黄白色小点或白膜；颌下淋巴结常肿大。

有时在数天后形成扁桃体周围脓肿，则体温上升，吞咽及张口困难，病侧扁桃体周围明显红肿隆起。挤压扁桃体时可有豆腐渣样分泌物自腺窝排出。

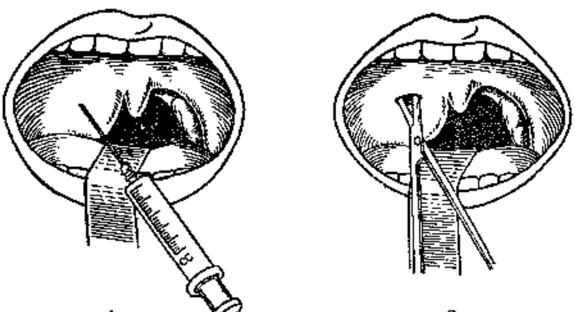
急性扁桃体炎与感冒或流感等很相似，主要区别是扁桃体的变化。遇到发热、头痛的病人，应检查扁桃体。

防治

1．增强体质，坚持用冷水洗脸、擦身等好习惯。注意生活与环境卫生，保持口腔清洁。及时治疗口咽部其他感染，如龋齿、感冒等。

2．适当休息，多饮水，吃易消化食物。用盐水或2%碳酸氢钠水漱口。

3．新医疗法：针刺合谷、颊车、内庭、曲池，发烧加少商。或脾俞、肩井内5分、曲池穴位注射复方氯化钠。耳针扁桃体穴，埋针



1　　　　2

图 15-18　扁桃体周围脓肿治疗

1—穿刺抽脓；2—切开排脓

3～6天。或用淋巴结疗法。

4．用清咽六味湯（薄荷1钱5分、牛蒡子3钱、甘草2钱、桔梗3钱、银花4钱、桑叶2钱）水煎服。或大青叶1两、桔梗3钱，水煎服。也可用青霉素或磺胺类药抗感染，用解热镇痛药对症治疗。

5．扁桃体周围脓肿可行穿刺抽脓或切开排脓（图15-13）。

小儿急性喉炎

小儿发生急性喉炎时，病状多较急重。因为：（1）小儿喉部较小，粘膜下组织疏松，发炎时易肿脹而狭窄；（2）喉炎常继发于急性传染病；（3）小儿咳嗽无力，气管及喉部分泌物不易咯出，常因痰刺激而发生喉痉挛。

病状 常于夜间突然发作，声音嘶哑，发烧，咳嗽呈哮吼声，吸气性呼吸困难，常伴有喉鸣及"三凹"现象。严重时可有窒息。

防治

1．预防和早期治疗急性传染病。

2．为消除喉头炎症，早期给予青霉素、链霉素等；同时併用激素，如强的松5～10毫克，日服3次；或氢化可的松50～100毫克加入5～10%葡萄糖内靜滴。

3．新医疗法：同急性扁桃体炎。也可用3%卤硷注射液10毫升加入葡萄糖内靜注。

4．重症需送医院行气管切开。

耵 聍 栓 塞

耵聍原是耳道皮脂腺分泌的油性物质，有保护耳道作用。但因外界污物进入耳内，日久可使耵聍结块，堵塞耳道，产生耳聋；遇水膨脹更可引起耳痛。检查可见耳道内充满耵聍块。

防治

1．避免污泥浊水入耳。不要自己盲目掏取耵聍，以免损伤耳道和鼓膜。

2．可用小镊子轻轻将耵聍取出。如栓塞太紧太硬不能取出时，可滴入3%碳酸氢钠水3～4滴，一日3次，数日后耵聍软化，再行

取出。在取耵聍时，如损伤耳道皮肤，要涂红汞，以防发炎。

化脓性中耳炎

由化脓菌通过咽鼓管或鼓膜损伤侵入中耳引起。有急性、慢性两种。

病状 急性化脓性中耳炎表现剧烈耳痛（小儿抓耳、哭闹、不吃奶）、听力减退、发烧，如鼓膜发生穿孔，则有耳流脓。俗称“耳底子”。

慢性化脓性中耳炎主要是长期反复耳流臭脓，外耳道有脓痂，听力减退。鼓膜已穿孔破坏。

化脓性中耳炎如治疗不及时，可引起面神经麻痹、内耳炎（表现眩晕、呕吐、眼球震颤和平衡失调）及颅内感染（脑膜炎、脑脓肿）等严重併发病。

防治

1. 防治上呼吸道感染。不要用手紧捏两鼻孔擤［音醒，xǐng］鼻涕，以防分泌物及病菌经咽鼓管进入中耳。不要随便挖耳。

2. 急性化脓性中耳炎：鼓膜未穿孔时，用5%石炭酸甘油点耳。已穿孔者用猪胆汁（1个）及白矾2钱，烤干研细吹入；或用3%双氧水点耳，清除脓液后，滴5%氯霉素甘油、氯链（霉素）合剂、0.5%金霉素液等，一日3次。同时全身可用青、链霉素或消热解毒药物。

3. 慢性化脓性中耳炎：明矾、雄黄等分研细，每次取豆粒大量，用半酒盅绿茶冲后灌入耳内，每日1次。也可用香油调黄连素，棉棒蘸药涂耳内，或香油泡紫草至油呈紫色，滴耳。双氧水滴耳后滴抗菌素液。病程长久经常流脓不愈者，可考虑手术根治。

聋 哑 症

过去，聋哑症一直被判为“不治之症”，聋哑人得不到治疗。在无产阶级文化大革命中，解放军卫生人员认真执行、捍卫毛主席无产阶级革命卫生路线，向长期被反革命修正主义卫生路线宣判为“不治之症”的聋哑症进军。遵循毛主席“**关心党和群众比关心个人为重，关心他人比关心自己为重**”的教导，愿为阶级弟兄来承担风险，英勇地在

自己身上连续试验，深刺被称为“险区”“禁区”的穴位，探索针刺治疗聋哑的规律。他们怀着深厚的无产阶级感情，坚持不懈地教病人言语训练，终于在聋哑症治疗上取得震动国内外的巨大成就，使广大聋哑人喊出了时代的最强音“毛主席万岁！万万岁！”

学习聋哑症的治疗，首先要向解放军学习，学习他们活学活用毛泽东思想，学习他们深入批判修正主义路线和自觉捍卫毛主席革命路线的高度觉悟，学习他们为人民服务“**完全**”、“**彻底**”和“**一不怕苦，二不怕死**”的精神。

聋哑症可分为全聋哑和半聋哑。全聋哑指在头后大声说话或击掌都听不到，不能发出较清楚的单音。半聋哑指在头后3尺以内能有声响反应，能发出较清楚的单音。

聋哑症多数是幼年得传染病，丧失了听觉，不能学习语言所造成；少数是因先天性原因，或因患中耳炎、药物（如链霉素）中毒等原因引起。

“**研究任何过程，如果是存在着两个以上矛盾的复杂过程的话，就要用全力找出它的主要矛盾。捉住了这个主要矛盾，一切问题就迎刃而解了。**”聋哑的主要矛盾是聋，“聋靠治，哑靠教”，治聋以新针疗法为主，哑的问题必须通过持久不断的语言训练来解决，做到聋哑兼治，治练结合。

治聋

第一组穴　主穴：耳门直刺，得气后透听宫及听会，翳风、哑门、廉泉；配穴：中渚、外关（左右交替用）。

第二组穴　主穴：下关透听宫，翳风；配穴：陵下（阳陵泉下2寸）。

每日针1次，两组穴交替应用，10次为一疗程。中间休息3～5日。

教哑

1．按照听力和发音能力，年龄及文化程度，采取班组教练和个别辅导相结合方法。

2．首先训练学习毛主席语录及日常生活用语，做到逐步废除手语，使语言和听力同时得到训练，互相促进。听力的恢复和巩固得越好，学会语言的速度越快，思维发展也越快。

3．重视发音器官如舌、口唇、声带等的训练。

4．要不断在革命、生产实践中坚持学习语言，丰富语言。

第三节 常见牙病

解剖知識

人在一生中要长两回牙齿，即乳牙和恒牙。生后6个月出乳牙，2周岁左右长齐，共20个。儿童自6周岁开始换恒牙，到12～13岁换齐，只有第三磨牙（智齿）要到17～24岁长出。成人恒牙共28～32个。

上頜

									中切牙	侧切牙	单尖牙	第一双尖牙	第二双尖牙	第一磨牙	第二磨牙	第三磨牙	
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
右侧																	左侧
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

下頜

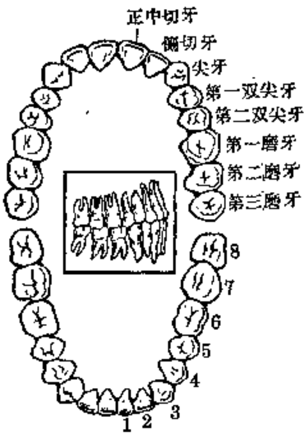


图 15-14 恒牙牙列

恒牙的排列、数目、形状和名称见图15-14。

牙齿分牙冠、牙根两部分。牙冠露在口腔里可见，牙根埋在牙槽里。两者交界处是牙颈。

牙齿外部质地坚硬。中央为牙髓腔，内有牙髓（血管、神经、淋巴管等）（图15-15）。牙髓有营养牙齿并使牙齿具有感觉的作用。

牙周膜、牙槽骨和牙龈（牙花）统称牙周组织，围绕并覆盖牙根（图15-15）。

不同类别的牙齿牙根数目不一样。前牙（中切牙、侧切牙、单尖

牙）都是单根；后牙（双尖牙、磨牙）大都是复根，2～4根。

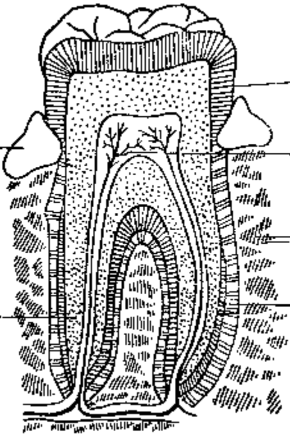


图 15-15 牙齿切面

牙 痛

牙痛的常见原因：

1．**龋齿** 俗称“虫牙”。是由于食物残渣积存牙齿表面的沟窝中，经口腔内细菌作用发酵、产酸，破坏牙齿引起。初期破坏表浅，不痛。以后破坏较深，出现大洞，遇冷热酸甜等，可刺激牙髓，而引起疼痛。牙髓发炎（牙髓炎）疼痛剧烈，甚至引起头疼、咽痛、耳痛。龋齿牙冠最后可碎裂脱落，仅剩残根。

2．**牙周炎** 病牙并无龋洞，但牙龈红肿，有时出脓，牙齿松动并有变高、浮起的感觉，不敢嚼东西。俗称“风火牙痛”。

3．**牙槽脓肿** 深龋和牙周炎时，牙根可发炎，引起发烧、脸肿、张口困难，局部牙龈发生脓肿。

防治

1．刷牙、漱口，注意口腔卫生，可预防龋齿和牙周炎的发生。

2．有条件时，龋齿应充填，牙周炎应消炎。龋齿牙冠破坏过大，出脓、松动明显，治疗效果不好，应拔去，以防牙槽脓肿发生。

3．牙痛的处理：

（1）耳针：① 在外耳道后壁找压痛点，留针数分钟。② 喉牙点透牙痛点，上颌、下颌点，拔牙麻醉点（图5-32）。为加强效果可作耳针埋藏。

（2）体针：上牙痛取合谷、下关；下牙痛取合谷、颊车。或针牙痛穴，中等刺激。

（3）单方验方止牙痛：① 细辛、薄荷各少许，研末。小棉球蘸药末，塞入龋洞中，勿咽下。也有用荜拨、细辛各少许，纱布包好，放入龋洞内，止痛即吐去。② 陈醋4两，花椒1钱，共熬10分钟，温凉含漱。

（4）将蘸有牙痛水、十滴水、清凉油等的小棉球置入龋洞中，可止痛。

（5）如仍不能止痛，可在局部麻醉下，用一尖锐的注射针头或缝针，对准龋洞的薄弱处，用力刺破牙髓腔顶（手有阻力突然减低的感觉），龋洞内溢出脓血，或散发出腐臭气味，漱口后再置一小药棉球于龋洞内止痛。

（6）风火牙痛，可除去病牙的牙垢[音够，gòu]，盐水清洗牙周，上置碘甘油。也可用生地3钱、玉竹3钱、石膏5钱、黄芩2钱，水煎，日服1剂。

（7）牙槽脓肿形成时，可醋调金黄散、紫金锭外敷局部。内服五味消毒汤（银花5钱、生甘草2钱、菊花2钱、蒲公英1两、板蓝根5钱），解毒消炎丸（一次6粒，日服2次），可清热解毒、止痛消肿。也可用磺胺、抗菌素类药物消炎。脓肿用针头或小刀挑破或在局麻下切开引流。消炎后须将龋齿或病牙拔除。

[附] 拔 牙 术

牙病应着眼于预防和早期治疗，拔牙只是在病牙确实无法保留时才做。但是，容易出血且出血难止（血液病）的病人不要拔牙；患严重疾病体质衰弱的病人应避免拔牙；口腔有急性炎症和溃疡，待治愈后再拔牙；妊娠期非急需可缓期拔牙。

麻醉 多用2%普鲁卡因，每2毫升普鲁卡因中加1滴0.1%肾上腺素可提高麻效。但老年人，高血压、心脏病病人不要加。

1. 浸润麻醉　将注射针斜刺于病牙龈唇（颊）沟处粘膜，针入粘膜下贴骨面进针到根尖处，注药 1.5～2 毫升。适用于拔除上颌切牙、单尖牙、双尖牙和下颌切牙。

2. 阻滞麻醉

(1) 上颌结节注射法（图 15-16）：病人仰头半张口，注射针自上颌第二磨牙龈颊沟刺入，沿骨膜先向上后再向内方进针 1.5～2.0 厘米，回抽如无回血，注药 1.5～2 毫升。

(2) 腭大孔注射法（图 15-17）：自上颌第一、二磨牙间腭侧，距牙龈缘 1～1.5 厘米处刺入，注药 0.5 毫升。注射点勿过后，以防引起恶心、呕吐。

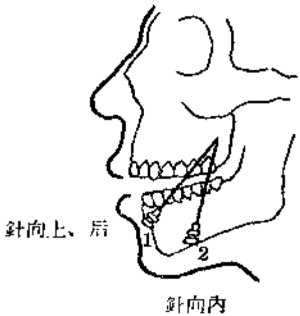


图 15-16　上颌结节注射法

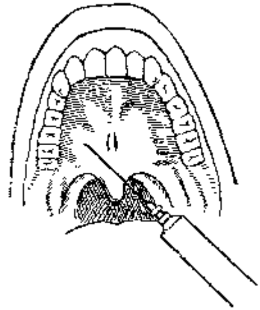


图 15-17　腭大孔注射法

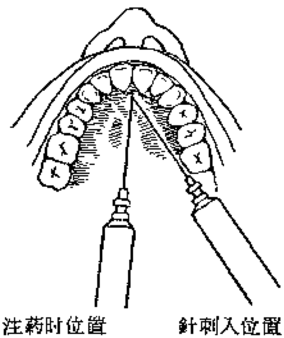


图 15-18　切牙孔注射法

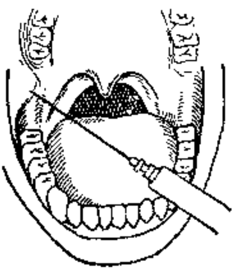


图 15-19　下颌孔注射法

(3) 切牙孔注射法(图 15-18)：自上頜两中切牙之间腭侧粘膜小突起处斜向刺入，然后使针头与切牙长轴方向一致，进针 0.3～0.5 厘米，注药 0.5 毫升。

(4) 下頜孔注射法(图 15-19)：用于拔下頜牙。病人大张口，将注射针对准上、下列磨牙之间粘膜的中点，以与下牙列平行的方向刺入,直至骨面，回抽无血液，注药 1.5～2 毫升。再边退针边注药 1 毫升。此外，拔下頜磨牙时，还需在下頜磨牙颊侧粘膜下作浸润麻醉。

拔牙局麻表

牙	别	麻醉方法
上頜	3 2 1 | 1 2 3	唇侧：浸润麻醉；腭侧：切牙孔注射
上頜	5 4 | 4 5	颊侧：浸潤麻醉；腭侧：腭大孔注射
上頜	6 | 6	颊侧：上頜結节注射加浸潤麻醉；腭侧：腭大孔注射
上頜	8 7 | 7 8	颊侧：上頜結节注射；腭侧：腭大孔注射
下頜		下頜孔注射；颊侧：浸潤麻醉

拔牙操作与术后处理

1. 用 2% 碘酊消毒病牙牙龈。

2. 麻醉。

3. 用镊子分离牙龈，用鉗子（咬骨鉗、持针鉗均可代用）夹紧牙冠或牙根（注意勿夹住牙龈），以牙根尖为中心，向內外侧摇动，力量逐渐增大，不可过猛。将牙拔出。防止器械碰碰邻牙或对頜牙。

4. 检查拔出的牙根有无折断，拔牙窝內有无残根、肉芽存留，并用刮匙除净，再用消毒纱布棉球置伤口上，嘱病人咬 0.5～1 小时后吐去。拔牙后当日不刷牙、漱口，进软食，不用手指或舌尖摸、舐伤口，以免出血、感染。

拔牙并发病的预防和处理

1. 晕厥　多在麻醉和拔牙过程中发生。紧张、疲劳、饥餓时易发生。拔牙前注意病人健康状况并作好解释工作，多可避免。晕厥的

处理见第十一章晕厥项。

2．牙根折断　多因术中用力不当或摇动力量过大过猛所致。断根须用锐利器械取出。取上颌双尖牙、磨牙断根时，须小心勿将断根推入上颌窦内。

3．出血　多因手术创伤过大、撕裂牙龈或拔牙窝内肉芽未除净引起。用冷开水漱口，除去创面上的血块和拔牙窝内残留肉芽，用0.1%肾上腺素或2%凝血质棉球压迫止血。牙龈撕裂较重时需缝合。亦可置云南白药于拔牙窝内止血。拔牙前仔细分离牙龈，拔除时勿施暴力、减少损伤，拔牙后仔细搔刮拔牙窝，多可避免出血发生。

4．感染　多发生在拔牙后2～3日。表现为伤口周围红肿疼痛，口臭，发烧，颌下淋巴结肿大，偶有张口困难。用2%双氧水或盐水清洗伤口，除净腐败凝血块，置三黄粉（黄连、黄柏、黄芩）或含有抗菌素的软膏于拔牙窝内。併用消炎、镇痛、含漱剂。拔牙过程中注意消毒；较大伤口，需缝合，或用清洁的手指压迫两侧牙槽骨壁，使伤口缩小；拔牙后仔细交待注意事项，可减少感染发生机会。

口　腔　炎

口腔炎（口疮）多因发热、营养缺乏、口腔不洁，口腔粘膜受细菌或病毒感染引起。小儿患传染病高热后，常有口唇起疱，溃破成疮。祖国医学认为，心与舌、脾胃与口密切有关，心脾热盛，上蒸于口，于是口舌生疮。溃疡可发生在舌、颊、唇、腭、牙龈和口角等部位，孤立或多数发生，疼痛，病人不敢吃东西。常见的口腔炎有：

1．**溃疡性口炎**　溃疡面上常有一层灰白色或黄绿色腐败的假膜，剥掉后，可露出发红、水肿、易出血的溃疡面，触痛，流口水，口腔内有特殊臭味。溃疡如发生在牙龈上，可使局部牙齿松动。

2．**鹅口疮**　开始在口腔内为散在的小白斑点，2～3日后，斑点扩大，融合成绒状白膜，凸起粘膜表面，似奶瓣，但不易擦去。好发于舌、颊、软腭等处，严重时可蔓及全口及咽喉。多发生1岁以内的乳幼儿，不发烧。

3．**复发性口疮**　常孤立发生在舌、唇、颊部，溃疡圆形或椭圆形，周围红晕，灼样疼痛，影响进食。常反复发作，多见于成年人。

治疗

1．野蔷薇适量（冬用根，夏用茎叶），煎浓液或水浸捣烂取汁含漱，慢慢咽下也可。或用野蔷薇每1钱加冰片1分研末，涂擦溃疡处。

2．冰片、薄荷、青黛、月石、人中白、儿茶各少许，共研末，局部撒布。

3．辨证施治：

(1) 实火：疮色鲜红、疼痛明显、口干苔黄、尿黄、脉实有力，治宜清热泻火。黄连5分、竹叶3钱、石膏3钱、木通1钱，水煎服，每日1剂。

(2) 虚火：溃处淡红、疼痛较轻、舌红苔剥、口不渴、脉虚数，治宜滋阴降火。知母3钱、元参3钱、生地3钱、麦冬3钱，水煎服，每日1剂。

4．可用2%双氧水或1:5,000呋喃西林溶液清洗口腔或含漱，溃疡处涂1～2%龙胆紫。

5．吴茱萸1钱半，研面，醋调贴双脚心，夜贴日取。适用于小儿。

胃病、消化不良、便秘、蛔虫症等常可引起口疮，除上述治疗外，应积极治疗上述疾病，避免复发。

第十六章　常见皮肤病

皮肤病的各种损害

1. **原发损害**　指直接或初次出现的皮肤损害。

斑：皮肤局部的颜色改变，不凸起。充血发红的叫红斑，出血变紫的叫紫斑，色素减少叫白斑，色素增加叫色素沉着，如雀斑、色素痣。

丘疹：高出皮面的小疹子，如米粒大。应选洗剂治疗。

水疱：限局性高出皮面，含有澄清浆液，外观透明，大小不等。一般选油剂或湿敷治疗。

脓疱：外形同水疱，内含混浊脓汁，周围有红晕。应选酊剂或湿敷治疗。

风团（风疹块）：俗称"鬼风疙瘩"，呈片块状扁平隆起。应选洗剂治疗。

结节："硬疙瘩"，初发时在皮下，渐长凸起，大小不一。

2. **继发损害**　在原发损害基础上或原发损害消退后所出现的皮肤损害。

鳞屑：皮肤发炎，表皮增生过盛，形成大小不等的皮屑。应选软膏治疗。

痂：由浆液、脓液、血液干燥后凝成，俗称"结硬皮"。应选软膏治疗。

糜烂：水疱、脓疱破裂，结痂脱落或疹的表面破损，露出的潮湿表浅创面。出水多用湿敷，出水少用油剂。

溃疡：真皮或皮肤深层破坏所造成的组织缺损，比糜烂深。分泌物多用湿敷，分泌物少用软膏。

皲裂："裂口"，深浅不一。应选软膏治疗。

疤痕："结疤"。

萎缩：皮肤无缺损，皮肤病治愈后发生如疤痕样外观。

色素沉着：多见于慢性皮肤病，皮肤多呈褐色、暗褐色或黑褐色，和原发性色素沉着不同。

皮　　炎

由于各种原因而引起的皮肤急性炎症，总称皮炎。常见有以下几种。

一、稻田皮炎

稻田皮炎有几种，在北方这种病主要是由牛、鸭的血吸虫尾蚴引起，也叫尾蚴皮炎（不会引起人的血吸虫病）。

稻田皮炎不仅影响广大贫下中农的身体健康，而且影响水稻生产。水稻是高产作物，文化大革命以来，北方地区迅速水利化，水稻种植面积不断扩大。为了保护劳动力，加速社会主义建设，开展稻田皮炎防治工作具有重要意义。

病状　在稻田里劳动与水接触部位的皮肤（小腿、前臂等），出现小米粒大小的红点，很痒。再过些时候，就会变成高出皮肤的绿豆大小的或更大的红疹子，搔破后常可引起细菌感染，发生脓疱、淋巴管炎、淋巴结炎等。发病次数愈多，皮疹越重。

北方各省以5～7月秧田农忙时较多。

预防　引起本病的尾蚴，其血吸虫寄生在鸭或牛体内，虫卵随牛、鸭粪便进入稻田水中，孵化成毛蚴，毛蚴钻入一种螺蛳（椎实螺）中发育成尾蚴。尾蚴成熟后就又进入田水中。人在水田里劳动，它就钻进人的皮肤，引起皮炎（钻入人体皮肤的尾蚴不久即死亡。钻入牛、鸭体内可发育成虫）。了解血吸虫的这种生活规律，就可以找到预防稻田皮炎的有效措施。

1．治疗病牛，根除病源。治疗病牛不仅对本病的预防很重要，病牛恢复健康，增加使役年限，也能促进农业生产。在病牛没治好以前，病牛下稻田要带粪兜。不让鸭子进入水里。提倡用熟粪做肥料。兽医站应经常对牛检疫，早期发现，早期治疗病牛。

2．灭螺：稻田用氨水追肥，40～70斤/亩。其灭螺效果可达90%

以上。也可撒布碳酸氢铵30斤/亩，草木灰100斤/亩，6%可湿性六六六粉15～20斤/亩，以及石灰、烟杆、菖蒲、敌稗[音败，bài]等。

3．个人防护：

(1) 使用防护用品，如布制绑腿、塑料薄膜肢套、乳胶肢套等，能防止田水渗入。

(2) 涂布防护油膏②或保护液膜，如塑料薄膜液，15%邻苯二甲酸二丁脂乳剂等，有防护效果。

预防稻田皮炎必须发动群众，广泛宣传，使大家都知道这种病是怎样得的，怎样预防它。广大群众就会创造更多的行之有效的办法去制服稻田皮炎。

治疗

1．奇痒时可服苯海拉明、安其敏等药物。

2．局部治疗：

(1) 漆大姑（毛果算盘子）煎水外洗，有止痒消肿效果。

(2) 白屈菜2斤，白藓皮2斤，加水3倍，煎成4斤浸膏，再加冰片6分，淀粉适量，调成糊状，一日数次外敷。

(3) 涂擦三黄洗剂⑪或复方薄荷酚洗剂⑬。（标号参照后附外用药处方）

3、针刺：以曲池、足三里为主穴，合谷、血海为配穴，也可配合委中放血。

二、接触性皮炎

发生原因是接触刺激性强的物质（如酸、浓碘酒等）或因人体对某些接触物质（如漆、农药、磺胺软膏等）过敏。

病状 主要发生在接触局部，出现痒和灼热感，水肿性红斑，表面起大疱，破后有渗出。严重者可发生坏死，界限清楚。个别人过敏反应强，病变波及全身皮肤。避免接触后，症状常在数日内消退。

治疗

1．除去致敏物，避免再接触。

2．渗出明显者，可用鲜马齿苋泥（鲜马齿苋捣烂）或土豆泥(生土豆切碎、捣烂）外敷，也可用白藓皮、地骨皮、黄柏各1两，煎水

湿敷。或用氧化锌油③涂布，上面用硼酸溶液①湿敷。或青黛散⑤用麻油或豆油调成糊状，外涂。若损害渗出不明显，可用三黄洗剂或炉甘石酚洗剂⑫涂擦。

3．皮损泛发全身时，可用丹皮3钱、红花2钱、路路通5钱、甘草3钱，水煎服。如有继发感染，可加双花、地丁、公英各3～5钱，水煎服。也可口服或注射苯海拉明、非那根等抗过敏药物。也可行督脉针，每日1次。

三、药物性皮炎(药疹)

发生原因是人体对某些药物（解热镇痛药、磺胺类、安眠药、青霉素、链霉素等）过敏。祖国医学称"中药毒"。

病状 一般在用药7日内发生，重复用药可在24小时内发生,剥脱性皮炎发生常在用药后20日以上。

全身症状轻重不一，有胸闷、烦躁、发热、头痛、呕吐等，严重时可出现呼吸困难。剥脱性皮炎更有口干、舌尖红、脉细数等。

皮肤瘙痒与灼热感。主要皮损有：固定性红斑、剥脱性皮炎、麻疹样红斑、猩红热样红斑、荨麻疹等。固定性红斑，好发于龟头、口唇等处粘膜及皮肤，每次发作常固定在同一部位，但愈发愈重，皮损呈散在类圆形紫红色斑，表面有大疱，愈后留褐色色素斑。剥脱性皮炎最严重，全身症状明显，并不断加剧：全身皮肤呈紫红色，肿胀、糜烂、渗液，有大片表皮反复剥脱。

停药后一般1～2周可痊愈，剥脱性皮炎可持续1～2月或更长。

预防

1．对有过敏性体质的病人（如有荨麻疹、哮喘等病史），用药宜谨慎。

2．曾患过药物性皮炎或过敏性休克的病人，以后严禁再用该药，并详告病人。

3．严格掌握用药适应证，同一时间用药种类不宜过多。

4．用药过程中，出现不正常反应，应提高警惕，必要时立即停药。

5．劝告病人不要乱用药品。

6．某些药用前要做过敏试验。

治疗

1．停用可能引起过敏的药物。

2．全身治疗：

（1）清热利湿解毒：蒲公英5钱、银花4钱、赤芍3钱、车前子4钱（包）、生草梢1钱，水煎服。便秘，加生大黄2钱（后下）；皮疹色鲜红，加鲜生地8钱、丹皮3钱；瘙痒重，加苦参片3钱、白鲜皮3钱；发热，加黄芩2钱、黄柏3钱；如口干、烦渴，舌红、干，加玄参3钱、麦冬3钱。

（2）抗过敏药口服或注射。

（3）維生素丙500～1000毫克，加入5%葡萄糖500毫升内，作静脉点滴，一日1次。

（4）重症病人可用激素类药物：氢化可的松100～200毫克，加入5%葡萄糖500～1000毫升内，静脉点滴，一日1次；或用强的松口服，每次5～10毫克，每日2～3次。病情好转后逐渐减量，以至停药。

3．局部治疗：皮损呈红斑、丘疹，可用三黄洗剂、炉甘石酚洗剂涂擦；有水疱时，可涂2%紫药水；有渗出，可涂氧化锌油或青黛散。剥脱性皮炎后期，皮损干燥、脱屑，可外用硼酸软膏⑯或硼酸氧化锌软膏⑰。

湿　疹

湿疹是一种常见的过敏性皮肤病。呈急性或慢性经过。好发于面部及四肢屈侧，以及乳头、会阴及阴囊等部位。

一、急性湿疹

病状　部位对称。瘙痒。初起皮肤潮红，随着表面出现丘疹、水疱、脓疱、糜烂、结痂，最后脱屑而愈。皮损以糜烂、渗出为主，界限不清。容易复发。

周岁以内的婴儿发生湿疹，叫婴儿湿疹（奶癣）。多发于面颊和头皮，以糜烂、渗出为主，时好时犯，时轻时重，很痒。周岁以后多

能自行消退。

治疗

1．注意事项：

(1) 湿疹不能用水洗。若结痂较厚，可用麻油或豆油润湿，然后轻轻擦掉。

(2) 病人（及乳母）忌食辛辣、鱼腥等。

(3) 病儿禁忌接种牛痘。

2．全身治疗：

(1) 马齿苋1两、路路通5钱、翠衣1两、黄芩5钱、白藓皮3钱、甘草3钱，水煎服。

(2) 10%卤硷注射液10～20毫升加入25%葡萄糖20毫升，缓慢静注，一日1次。也可做静脉点滴。

(3) 抗过敏药口服或注射，如苯海拉明、非那根等。也可用钙剂，如10%葡萄糖酸钙10毫升，缓慢静注，一日1次；或5%氯化钙10毫升，缓慢静注，一日1次。

(4) 督脉针，一日1次。

3．局部治疗：同接触性皮炎。另外，婴儿湿疹可用黄连油⑦、蛋黄油⑥、婴儿霜⑩或可的松类软膏。

二、慢性湿疹

多由急性湿疹反复发作转变而来，少数也有起病即为慢性的。

病状 皮损限局。瘙痒。皮肤肥厚、粗糙，多有抓痕、血痂及色素沉着。搔抓后往往有渗出，界限清楚。慢性经过。

治疗

1．当归3钱，生地、苦参、地肤子、白藓皮各5钱，水煎服，可连服5～10剂。

2．局部用5%糠馏油软膏⑲、5～10%卤硷软膏㉑、2%薄荷软膏⑳、二黄膏㉒、大黄膏㉓、黑豆馏油⑨、米糠油⑧等。

蕁麻疹

俗称“鬼风疙瘩”。为过敏性疾病的一项表现。往往由于对食物

（如鱼虾）、药物（如青霉素）、感染、蚊虫叮咬或冷热变化等过敏而发生。

病状 皮肤突然瘙痒，局部潮红，并迅速出现大小不等、形状不一的浮肿性风团。风团颜色粉红或苍白，境界清楚，高出皮面，随搔抓面积越来越大。严重时，可发生在气管、喉头的粘膜而有咳嗽和呼吸困难；发生在胃肠道而有腹痛、腹泻。本病起消均迅速，消退后一般不留痕跡。

治疗 本病的治疗，一方面是避免引起过敏的外界因素，另一方面应注意体质的改进，体质增强后常不再发生过敏反应。

1．全身治疗：

（1）双花1两、白藓皮4钱、甘草3钱，水煎服。用于急性期。

（2）胡麻、何首乌、威灵仙、苦参、甘草各3钱，水煎加黄酒2两服。用于慢性期。

（3）苍耳子、苍术、蛇床子、川椒各3钱，水煎，外洗。

（4）抗过敏药物口服或肌注；鈣剂静脉注射。

（5）病情重者可用維生素丙静脉点滴。

2．针刺：耳针荨麻疹区；耳后静脉放血，治疗荨麻疹效果较好。如疗效不佳，改针曲池、足三里，针感须强。

3．局部治疗：

（1）蛇床子、地肤子、白藓皮、荆芥穗各5钱，水煎洗。或防风、荆芥、薄荷、苏叶各5钱，水煎洗。

（2）复方薄荷酚洗剂涂擦止痒。

神經性皮炎

病状 好发于颈部、四肢关节屈侧、骶骨部等处。瘙痒。局部皮肤增厚，皮纹清楚，似苔藓样改变，表面干燥，不出水，有少许鳞屑和血痂。界限清楚。

治疗

1．针刺：局部“＋”字贯穿刺两针，表面用点刺法（代梅花针），内关留针15分钟。

2．小面积用胶布贴，隔1～2日换一次。

3．局部选用5～10%卤硷软膏、三白膏㉙或10～30%氯化锌液㉚局部涂擦（局部发红后改涂硼酸氧化锌软膏⑰）等。

4．皮肤增厚、不破者，可用50%煤酚皂液涂，隔1～2日1次。如发生出水、糜烂，停止用药。

鸡眼的治疗

1．针刺：从鸡眼中央进针，大捻转几次，使之出血，即可出针，再从鸡眼四周的四个不同方向对刺四针。用纱布包紮。

2．穴位注射疗法：取穴太溪，直刺，得气后，将0.5%普鲁卡因10毫升推入，每周1次。

3．樟丹膏㉔外用。先用胶布剪一小孔，贴于局部，露出鸡眼，上敷樟丹膏，再上面贴一胶布固定，一周换药一次。

4．鸦胆子外敷。鸦胆子5粒。用前先将鸡眼用温开水浸洗，用刀刮去表面角质层，然后将鸦胆子捣烂贴患处，外用胶布粘住，3～5日换药一次。

5．水晶膏㉘外用。

脓疱病

脓疱病又称黄水疮，是葡萄球菌或链球菌引起的皮肤浅部感染，有传染性；多见于夏季，好发于儿童。

病状　好发于头面、四肢等暴露部位。初起为点状红斑，有痒感，继而变为水疱或脓疱，破后形成糜烂和结痂，周围有红晕。脓水沾污的部位，可感染、病变而连续成片，界限清楚。重时可有发烧及邻近淋巴结肿大。

防治

1．讲究卫生，注意清洁。灭虱灭蚤。及时治疗其它瘙痒性皮肤病，以免抓破感染。避免接触传染，病儿用过的衣物要洗净、日晒。接触病儿后要洗手。

2．局部治疗：水疱、脓疱部位可涂2%紫药水；结痂部位可用松香散④、呋喃西林软膏⑬或四环素软膏等。单方黄柏末，用麻油调成糊状外涂也有效。

3．全身治疗：重者应用。

(1) 淋巴结疗法有良效。

(2) 口服防风通圣散，一次2钱，一日2次。

(3) 马齿苋、重楼、地丁各3～5钱，水煎服。

(4) 口服磺胺或抗菌素。

头　　癣

由霉菌引起。初发于儿童。有黄癣（秃疮）与白癣二种。

	黄　　　　癣	白　　　　癣
皮　损	有黄癣痂。多发性豆大黄色硬痂，呈碟形，边缘翘起，中央凹陷，有毛发穿过。有鼠尿味	有鳞屑斑。大小不等类圆形斑，界限清楚，表面有灰白色鳞屑
毛　发	大部脱落，无断发	皮损表面有脱发与断发，头发稀疏，长短不齐
预　后	可持续至成年，愈后呈萎缩性疤痕，头发不再生	至青春期多自愈，愈后无疤痕，头发能再生

防治

1．大力宣传头癣的防治知识。

2．积极治疗头癣病儿，减少感染来源。病儿用物(枕、帽、梳子等）应常消毒，他人不要共用。

3．灰黄霉毒口服，成人一次200毫克，一日3次。小儿剂量10～15毫克/公斤/日，分3次口服。共服14日。同时做到：(1) 开始服药时即剃光头，以后每2周剃头1次，连续4次，同时每日洗头1～2次；(2) 硫黄软膏㉕或硫黄水杨酸软膏㉖与5％碘酒或复方土槿皮酊⑭交替外用。

4、皮损范围小者，用镊子把病发拔净，涂擦一扫光或雄黄膏㉗，每日1～2次。

麻　　风

麻风是接触麻风杆菌引起的慢性传染病。旧社会，反动统治阶级对本病不但不进行防治，却对病人进行种种歧视和迫害，因而造成本

病的流行。解放后，在伟大领袖毛主席的英明领导下，大力开展麻风的防治工作，采取了一系列有效措施来消灭麻风，取得了显著成绩。今后，我们要更高的举起毛泽东思想伟大红旗，突出无产阶级政治，紧紧依靠群众，使防治麻风工作取得更显著的成果。

麻风杆菌主要侵犯皮肤和周围神经。临床上分为两型（瘤型及结核样型）。

型别		瘤型	结核样型
发病情况		約占 20%	約占 60～70%
传染性		有	几无
发病部位		以皮肤为主，常泛发、对称，也常侵犯粘膜及淋巴結。晚期可侵犯內脏（眼球、睾丸、卵巢、肝、脾等）	皮肤和周围神經，不对称
皮损	形态	以紅斑、結节和弥漫性浸潤为主，表面光亮，晚期可形成"麻风狮面"	以斑片为主
	边缘	不清楚	清楚
神經变化		出現較晚，肿大神經較軟	出現較早，肿大神經质硬

预防

1．在有麻风的地区应当大力开展有关麻风防治知识的宣传。麻风主要是通过和麻风病人长期密切接触，尤其是长期与瘤型麻风病人接触而传染的。健康人，皮肤无破口，即使接触麻风杆菌，也不会得病；皮肤有破伤，病菌侵入人体内，才可能引起发病。因此，只要做好对麻风病人的管理工作，麻风病是完全可以控制不传染的。我们要批判过去各种对麻风不正确的认识和说法，正确地对待病人，坚决反对任何歧视的思想行为。

2．早期发现病人，早期处理。麻风发病很慢。如果发现病人身体的任何部位有经久不退的红斑、浅白色斑或其他颜色改变的斑，稍高出皮面，摸上去病人感觉不灵敏，不知冷热和痛痒，也不出汗；病人以往曾和麻风病人接触过，就应送医院详细检查，因为这些可能都

是麻风的早期症状。确诊麻风后，瘤型麻风病人应入麻风病院隔离治疗，结核样型麻风病人一般可在家作隔离治疗。

3. 对病人家属及密切接触者，应定期进行体检。

治疗 首先要用毛泽东思想武装病人，树立起敢于斗争，敢于胜利和革命乐观主义的思想，增加治病信心，克服一切消极、悲观、失望的情绪。

1. 砜类药：有严重肝肾疾病，重度贫血及活动性溃疡病人禁用。

(1) 氨苯砜，口服，开始一日50毫克，一个月后一日100毫克，服6日停1日，服2月停2周。

(2) 苯丙砜，口服，开始一日0.5克，以后每二周增加0.5克（每日），一日最大剂量不超过3克。停服法同上。

2. 扫风丸：开始每日2钱，以后逐渐增加，最大剂量一日不超过1两，分3次，饭前服。

[附] 皮肤病常用外用药处方

1. 2～4%硼酸溶液 硼酸2～4克，水加至100毫升。用途：急性渗出性炎症作湿敷用，也可作含漱剂。

2. 松香油膏 松香25克，凡士林加至100克，调匀。用途：预防稻田皮炎。

3. 氧化锌油 氧化锌50克，橄榄油（也可用豆油或麻油）50毫升。用途：急性渗出性炎症作涂布用，炎症明显时常与湿敷并用。

4. 松香散 五倍子3钱，樟丹3钱，松香2钱，枯矾2钱，白芷1钱，川椒1钱，共研成细粉，用麻油（或豆油）调成糊状。用途：脓疱病结痂时。

5. 青黛散 青黛2钱，石膏4钱，滑石4钱，黄柏2钱，共研成细粉，用麻油（或豆油）调成糊状。用途：湿疹、接触性皮炎等渗出性病变。

6. 蛋黄油 煮熟鸡蛋黄4～5个，放入锅内用文火煎熬，去渣存油。用途：婴儿湿疹、急性湿疹。

7. 黄连油 黄连素片2克，麻油100毫升，将黄连素片研细，加入麻油中调匀。用途：同上。

8．米糠油（或麦麸油） 米糠（或麦麸）不拘量。大碗1个，用粗纸(最好是韧性的纸)糊好，用细针在纸上刺大量小孔，将米糠（或麦麸）放上，堆得稍高些，顶端加炭火一小块缓缓烧，待烧至接近纸面时，将米糠（或麦麸）拨开，勿使纸烧破，油即滴入碗中。用途：慢性湿疹等肥厚皮损。

9．黑豆馏油 黑豆不拘量。将黑豆置砂壶内，泥封，壶嘴塞一木塞，不要过紧，倒置，用锯末烧烤，黑色干馏油即滴出。用途：同上。

10．婴儿霜（简单方） 氢化可的松片12.5克，雪花膏1两。将氢化可的松片研成极细末，与雪花膏调匀。如无氢化可的松，可用地塞米松或强的松，量同。用途：婴儿湿疹、急性湿疹等渗出不重时。

11．三黄洗剂 大黄、黄柏、黄芩、苦参（各等分，共研细粉）10～15克，液体酚1毫升，蒸馏水加至100毫升。用途：接触性皮炎、湿疹等炎症早期，用时摇匀，涂擦用。

12．炉甘石酚洗剂 炉甘石12克，氧化锌12克，甘油5毫升，液体酚1毫升，蒸馏水加至100毫升。用途：同上。

13．复方薄荷酚洗剂 薄荷2克，液体酚1毫升，50%酒精加至100毫升。荨麻疹、稻田皮炎等，涂擦用。

14．复方土槿皮酊 10%土槿皮酊40毫升，苯甲酸12克，水杨酸6克，95%酒精加至100毫升。用途：皮肤霉菌感染，如头癣、手足癣等。

15．复方水杨酸钠洗剂 阿斯匹林30克，水杨酸钠35克，95%酒精300毫升。用途：同上。

16．硼酸软膏 硼酸4～10克，凡士林加至100克。用途：溃疡、磷屑及结痂性皮损等。

17．硼酸氧化锌软膏 氧化锌10克，硼酸软膏90克。用途：同上。

18．呋喃西林软膏 呋喃西林50毫克，凡士林100克。用途：化脓性皮肤病。

19．糠馏油软膏 糠馏油5毫升，凡士林加至100克。用途：慢性湿疹等搔痒性皮肤病。

20．薄荷软膏：薄荷2克，凡士林加至100克。用途：同上。

21．卤硷软膏（“681”软膏） 卤硷粉5～10克，液体石蜡适量，凡士林加至100克。加液体石蜡于卤硷粉，研匀，再分次加入液化的凡士林，研和均匀。用途：慢性湿疹等肥厚皮损。

22．二黄膏 黄柏粉10克，大黄粉10克，凡士林100克。用途：亚急性或慢性湿疹。

23．大黄膏 大黄粉20克，蜂蜜80克，调成膏。用途：同上。

24．樟丹膏 水杨酸50克，樟丹3克，普鲁卡因2克，白糖3克 75%酒精适量，调成厚糊状。用途：鸡眼、跖疣等。

25．硫黄软膏 沉降硫黄5～20克，凡士林加至100克。用途：皮肤霉菌感染，如头癣；脂溢性皮肤病。

26．硫黄水杨酸软膏 水杨酸3克，硫黄20克，凡士林加至100克。用途：头癣

27．雄黄膏 雄黄1两，氧化锌1两，凡士林10两。先将凡士林溶化，冷却，再将药物徐徐调入即成。用途：同上。

28．水晶膏 氢氧化钾10克，水3毫升，糯米2克，石灰3克。用途：鸡眼、跖疣等。

29．三白膏 白芷（96%酒精浸）10克，白头翁（热水浸）10克，白藓皮（96%酒精浸）10克，川乌（氯仿浸）20克，凡士林100克。先将以上各药研成细末，各浸泡24小时，后将凡士林溶化，将以上各药慢慢倒入、调匀即成。用途：神经性皮炎。

30．氯化锌溶液 氯化锌10～30克，蒸馏水加至100毫升。用途：同上。

第十七章　药物知识

第一节　常用中草药

伟大领袖毛主席教导我们："**中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。**"中草药是祖国医学的重要组成部分。我国劳动人民用中草药防病治病已有几千年的历史，积累了丰富的实践经验。中草药具有验、便、廉的优点，各地农村品种繁多，资源丰富，深受广大工农兵欢迎。

无产阶级文化大革命以来，叛徒、内奸、工贼刘少奇的资产阶级司令部及其推行的反革命修正主义路线被彻底砸烂，伟大领袖毛主席的无产阶级革命路线得到全面贯彻执行。在"**把医疗卫生工作的重点放到农村去**"的光辉指示照耀下，农村的医药卫生事业蓬勃发展。一个波澜壮阔的自采、自种、自养、自制中草药的群众运动已经兴起。特别是中国人民解放军的医务人员，坚决贯彻和落实毛主席的伟大指示，在发掘和使用中草药防治疾病方面，取得了巨大的成绩，为我们树立了榜样。形势无限好！祖国医药卫生事业发展正沿着毛主席指引的光明大道一日千里，迅猛向前。

战斗在农村第一线的"赤脚医生"，就是要向解放军学习，遵照毛主席"**自力更生**"的伟大教导，大力挖掘、种植、制做、使用中草药，从而保证农村合作医疗制度的巩固，保证广大贫下中农的身体健康，全面落实毛主席"**备战、备荒、为人民**"的伟大方针。我们还要遵照毛主席"**要认真总结经验**"的伟大教导，通过对中草药的学习、实践，使中草药这个祖国医药学的重要组成部分不断发展、充实、提高，为创造祖国新医药学贡献我们的力量！

采　药

用中草药防病治病，必须遵照毛主席"**自力更生**"、"**艰苦奋斗**"的

教导，自己动手去采。采药既要发扬“一不怕苦，二不怕死”的革命精神，又要有重调查、重实践、做到准确无误的科学态度。

（一）抓住形态特征

中草药在祖国辽阔的土地上到处都有，资源丰富，种类繁多。要采集中草药，必须要认识中草药。采草药时首先要抓住中草药的形态特征。

贫下中农、老药农、老药工有着丰富的实践经验，我们必须拜他们为师，老老实实地学，恭恭敬敬地学。学习他们忠于伟大领袖毛主席的深厚的无产阶级感情，学习他们自采、自种、自制中草药的实践经验，学习他们久经实践考验的行之有效的单方、土方、验方。采药就必须实地去干，要实地去看、摸、嗅、嚐，从中掌握规律。

1．看 如白薇的茎单一直立，细辛的叶象心形，益母草的茎四棱形，香附的茎三棱形，飞燕草的花象小翠鸟，红旱莲的果象牛心，升麻的根有数个窟窿眼等。

2．摸 用手触摸、揉捻的方法观察植物，如木贼的茎很涩，茜草茎上有倒钩刺，党参折断冒白浆等。

3．嗅 如薄荷味香而凉，藿香味香而辣等。

4．嚐 如乌梅味酸，黄柏味苦，甘草味甜，生姜味辣，海藻味咸等。

嚐药一般是不会中毒的，但有大毒的药要特别注意，如狼毒、蟾酥等。

认药除靠经验识别外，还要学习一点植物常识。为了便于学习，把一些主要的植物名词解释于下：

1．一般名称

乔木：高大的树木，有明显的主干，如黄柏、山核桃楸。

灌木：树木矮小，无明显的主干，一般枝多丛生，如接骨木、满山红。

草本：草类，木质少，水分多，茎柔软，如斩龙剑、车前。

一年生：当年开花，结果后即枯萎死亡的植物，如龙葵、地锦。

二年生：当年生根、茎、叶，第二年开花结果后枯死，如白芷、板蓝根。

多年生：生活二年以上，地上部分多在冬季死亡，但地下部分存活，次年再发芽生长，如龙胆草、细辛等。

寄生：植物体不能独立生活，常寄生于其它植物上生长，如菟絲子、桑寄生。

2．根 常见的有须根、块根、木根、肉根、球根、宿根(图17-1)等。



木 根　　肉 根　　块 根



球 根　　须 根　　宿 根

图 17-1 常见根的形状

须根：由茎的基部生出多数细长的根，如紫菀、龙胆草、白薇。

块根：根肥大成块状，形变化很多，如首乌。

3．茎 分地上茎和地下茎。

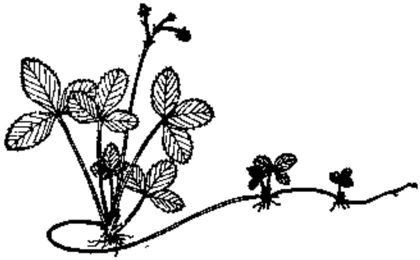
(1) 地上茎：除直立茎外，还有匍匐茎、攀援茎、缠绕茎（图17-2)。

(2) 地下茎（图 17-3)：

根茎（根状茎)：外形很象根，通常横卧地下，但有节，节上有叶和芽，向下生根。如知母、茅根。

块茎：地下茎肥大呈块状，有明显的节或芽眼，如天麻。

鳞茎：地下茎短缩，外围有多数肥厚或鳞质的鳞片，如平贝母。



匍匐茎



攀援茎



纏繞茎

图 17-2 几种地上茎的形态



根 茎



根 茎



块 茎



鳞 茎

图 17-3 常見的地下茎

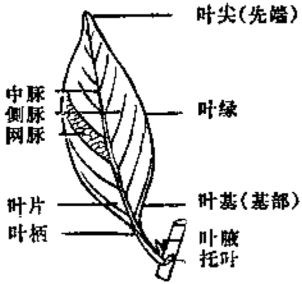


图 17-4 叶的各部分

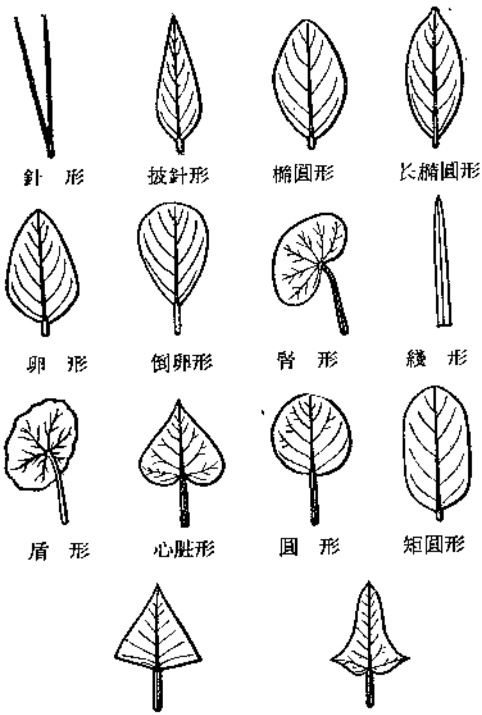


图 17-5 常見叶片形状

4. **叶** 包括叶片、叶柄等（图17-4）。

叶柄： 是叶片与茎连接的柄，通常是半圆柱状。叶柄与茎间的丫窝叫叶腋。叶柄基部膨大呈鞘状的，叫叶鞘。

叶片：叶片上有叶脉分布，中间的一条叫主脉，主脉的分枝叫侧脉。叶片的形态变化很大（图17-5，6）。



图 17-6 常見叶緣形状



图 17-7 叶片分裂的形状

叶片常有种种分裂（图 17-7）：

浅裂：叶裂深度不超过叶片宽度的$\frac{1}{4}$。

深裂：叶裂深度超过叶片宽度的$\frac{1}{4}$。

全裂：叶裂深度几乎达到主脉，形成几个分裂片。

单叶与复叶：在一个叶柄上只生一个叶片的叫单叶，如杏、柳等。在一个叶柄上生两个以上叶片，叫复叶。复叶的叶柄称总叶柄或叶轴。常见复叶的形状如图 17-8。

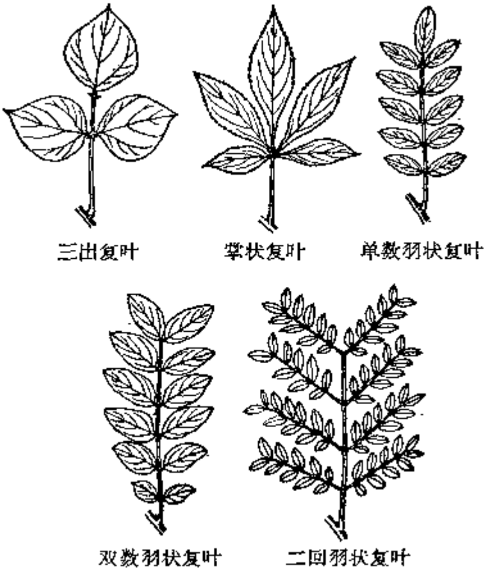


图 17-8 常见复叶的形状

叶序：叶在茎枝上排列的规律或方式叫叶序（图 17-9）。

5．**花** 典型的花包括花萼（花片的总称）、花冠（花瓣的总称）、雄蕊、雌蕊、花托和花柄等部分（图 17-10，11）。未开放的花叫花蕾。

在一个花内有雌蕊、雄蕊的叫两性花；只有雄蕊的叫雄花，只有雌蕊的叫雌花，统称为单性花。一个植株上有雄花又有雌花的叫雌雄

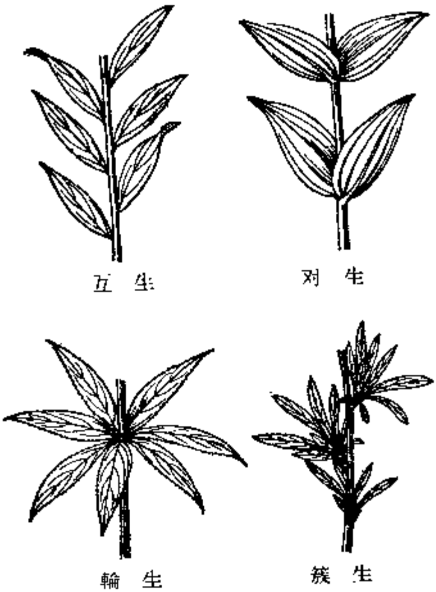


图 17-9 常見叶序

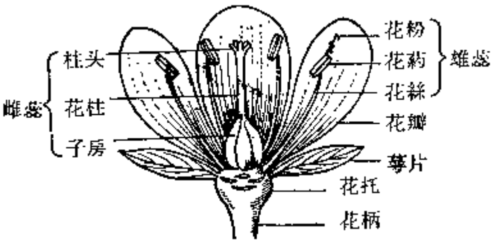


图 17-10 花的各部分名称

同株，如蓖麻；一个植株上仅有雄花或雌花的叫雌雄异株，如银杏。

花序：花在茎枝上排列的方式及开放的顺序，叫花序(图17-12)。

6．**果实和种子** 种子通常包藏在果实里。种子的形状、大小、色泽随植物种类不同而异，也是识别中草药的依据（图 17-13 ）。

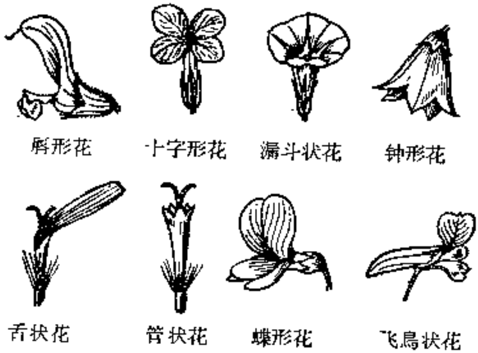


图 17-11 常見的花冠形状

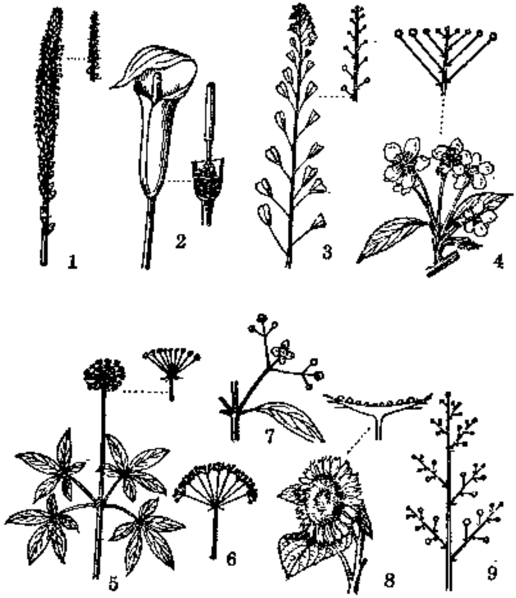


图 17-12 常見的花序

1—穗状花序；2—肉穗花序；3—总状花序；4—伞房花序；5—伞形花序；6—复伞形花序；7—聚伞花序；8—头状花序；9—圆錐花序

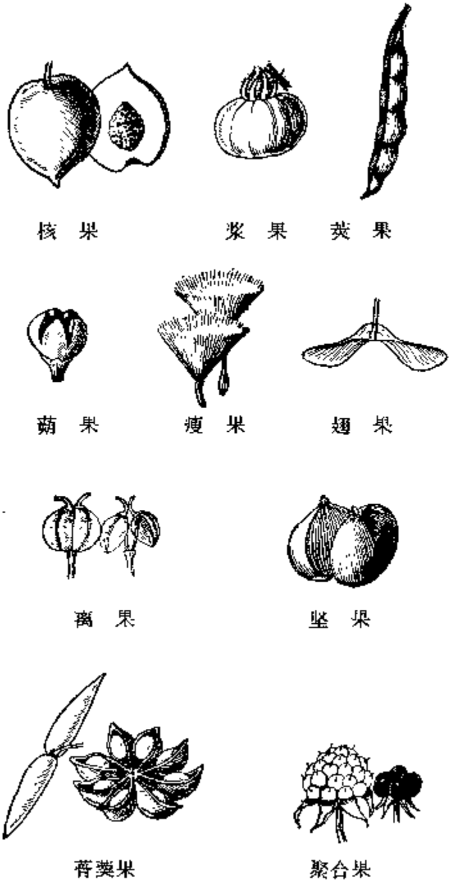


图 17-13 常见果实形状

（二）了解生长习性

中草药的分布与地势、土壤、水分、气候地理等有密切关系。了解中草药的生长习性，找起药来就很方便。如不怕盐碱的中草药常生长在海边；怕干旱的中草药常生长在水田边、水渠旁、湿地；耐干旱的中草药常生长在干山坡、丘陵处；有的药物喜生长在田间、道旁；密植的松柏林下阳光少，不通风，多无草药。

（三）掌握采集时令

采药季节要根据药的品种和药用部分（根、根茎、茎、叶、花、果实等）不同而定，因为药的有效成分的多少和采药季节有密切关系。

1．根及根茎应在初春、深秋，晴天泥土疏松时挖取，此时养分精华蓄于根部，药力较足，如柴胡、苦参等。

2．茎、叶应在植物生长最盛时采，如薄荷等。

3．花应在含苞待放时晴天上午采。可迅速晒干，如洋金花等。

4．花粉应在花期采。

5．果实应在成熟时采，如北五味子、山楂等。

6．种子、核仁应在老熟后采，如芡实、杏仁等。

7．全草应在花期采。可连根刨或割地上部分，如地丁、益母草等。也有需在嫩苗时采的。

8．皮应在春夏之交采，此时皮内养分多，易于剥下。

9．树脂应在干燥季节采。

以上所述是一般规律。北方各地应依当地不同情况，因地制宜地确定采集时间。总之应以保证药效为原则。药物收集后，一般都需晒干保存于干燥处，防止潮湿和霉烂。

（四）搞好采收工作

药用植物采集到手，须迅速使其干燥，以免发霉、变质。常用方法有三种。

1．**晒干** 方法最简单，把药用植物摊开在地面、沙滩上，让阳光曝晒直至全干。一般草药多用此法。但肉质多汁的药用植物应先用开水烫或蒸一下；带毛刺的要燎掉，或搓掉毛刺再晒干；有的要乘湿切片后再晒干；有的晒半干后扎成把再晒干保存，可防止全干后枝断叶落；有的需要先刮去粗皮再晒干。

2．**阴干** 将采来的药用植物放在阴凉、通风、干燥的地方，使其风干，多用于芳香性和花类药物，如薄荷。

3．**烘干** 利用火炕、火墙烘烤，使其干燥，多用于富有淀粉的药物。

采收时要注意保护药源。用根或根茎的最好留部分根或根块，使

来年再长。用叶的不要把全株叶子采光，要采密留稀，适当保留。用树皮的可结合采伐同时采皮，生剥时不可环剥一圈，要间隔地纵剥，以免植物死亡。用全草的要选留一些生长茁壮的植株，不要“连锅端”。此外，对用根的应考虑茎、叶能否入药，用茎的也要考虑花、叶可否利用。总之，要作到充分利用。

中草药目录

一、根、根茎入药

1．白芷 2．防风 3．藁[音搞，gǎo]本 4．羌活 5．升麻 6．狭叶柴胡 7．葛根 8．桑白皮 9．桔梗 10．紫菀 11．前胡 12．百部 13．平贝母 14．芦根 15．知母 16．黄芩[音琴，qín] 17．龙胆草 18．土茯苓 19．白头翁 20．板蓝根、大青叶 21．山豆根 22．甘遂 23．大戟[音己，jǐ] 24．商陆 25．北苍朮 26．狗脊 27．秦艽[音交，jiāo] 28．独活 29．骨碎补 30．威灵仙 31．白薇 32．白茅根 33．银柴胡 34．紫草 35．北玄参 36．防己 37．泽泻 38．萱草 39．甘草 40．党参 41．当归 42．何首乌、夜交藤 43．黄精 44．山药 45．仙茅 46．隔山消 47．天门冬 48．玉竹 49．北沙参 50．麦门冬 51．半夏 52．独角莲 53．大黄 54．狼毒 55．山荷叶 56．天麻 57．白芨 58．茜草 59．地榆 60．远志 61．生姜 62．草乌 63．姜黄 64．苦参 65．毛黄连 66．丹参 67．牛膝 68．延胡索 69．赤芍 70．川芎[音凶，xiōng] 71．木香 72．郁金 73．薤[音谢，xiè]白 74．荆三棱 75．香附 76．珠芽蓼 77．贯众 78．常山 79．墓头回 80．羊蹄 81．茯苓 82．猪苓

二、全草入药

83．紫苏 84．荆芥 85．麻黄 86．鹅不食草 87．浮萍 88．木贼 89．马齿苋 90．松萝 91．龙葵 92．斑叶兰 93．喉咙草 94．伸筋草 95．老鹳[音灌，guàn]草 96．豨莶[音希先，xīxiān]草 97．山野豌豆 98．兔儿伞 99．斩龙剑 100．野西瓜苗 101．藿香 102．香薷 103．青蒿 104．铃兰 105．徐长卿 106．鸭跖

草 107．淫羊藿 108．瞿麦 109．铁皮石斛[音胡，hú] 110．海藻 111．飞燕草 112．大蓟[音技，jì] 113．小蓟 114．仙鹤草 115．问荆 116．红旱莲 117．铁苋菜 118．瓦松 119．荠菜 120．地锦 121．菊三七 122．腫菜 123．藜芦 124．茵陈蒿 125．刘寄奴 126．泽兰 127．益母草 128．卷柏 129．细辛 130．薄荷 131．紫花地丁 132．蒲公英 133．鹿蹄草 134．佩兰 135．肉苁蓉

三、花、花粉入药

136．莘荑 137．款冬花 138．旋复花 139．金银花 140．黄芫花 141．洋金花 142．密蒙花 143．红花 144．莲 145．夏枯草 146．谷精草 147．东北蛔蒿 148．蒲黄

四、果实入药

149．苍耳子 150．索索葡萄 151．马兜铃 152．酸浆 153．瓜蒌 154．木瓜 155．山核桃 156．吴茱萸[音朱鱼，zhūyú] 157．乌梅 158．金樱子 159．野罂粟 160．山楂 161．山茱萸 162．东北鹤虱 163．柿蒂 164．苦丁香 165．牛蒡子 166．女贞子 167．茴香 168．五味子 169．山椒

五、种子入药

170．车前子 171．黑芝麻 172．沙苑子 173．菟丝子 174．蓖麻子 175．王不留行 176．草决明 177．莱菔子 178．白扁豆 179．白芥子 180．青葙子 181．芡实 182．酸枣仁 183．桃仁 184．杏仁 185．白果

六、叶、茎入药

186．通草 187．木通 188．钩藤 189．暴马子 190．满山红 191．熊果叶 192．淫羊藿 193．侧柏叶 194．艾 195．接骨木 196．寄生

七、皮入药

197．五加皮 198．杜仲 199．臭椿 200．黄柏 201．秦皮 202．厚朴 203．苦楝 204．牡丹皮

八、动物、矿物类

205．蝉蜕 206．僵蚕 207．地龙 208．全蝎 209．土鳖虫 210．蟾蜍 211．蜂房 212．鸡内金 213．桑螵蛸 214．五灵脂 215．水蛭 216．虻虫 217．石决明 218．牡蛎 219．石膏 220．龙骨

一、根、根茎入药

1．白　　芷

别　　名　香棒、香白芷。

识别要点　二年生草本。根粗大形似胡萝卜，有浓厚香气；茎中空，圆柱形，表面有沟纹；开小白色花；双悬果，扁平，椭圆形，有五棱（图 17-14）。

生长习性　山区、河边、溪边等处。

采集加工　根入药。秋季采掘，去须根、泥沙，晒干、切片备用。

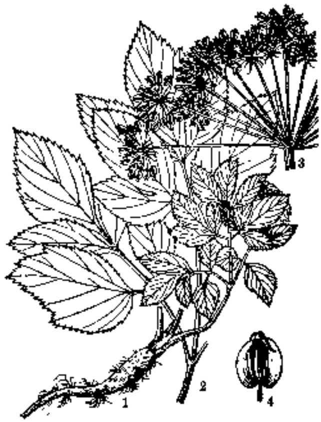


图 17-14　白　芷

1—根及叶；2—叶；3—果序；4—果

2．防　　风

别　　名　旁风、反风、马英子、山防风。

识别要点 多年生草本。根粗硬直长，灰褐色，有香气，上段有横纹；开白色小花(图 17-15)。

生长习性 背阴土厚山地，黄土高原。

采集加工 根入药。春秋挖，以春挖为好，开花时质劣勿采。去泥、洗净，晒七成干，刷去蒂头状根，切片、晒干备用。



图 17-15 防 风
1—根；2—叶；3—花枝；4—花；5—果

3. 藁 本 (辽藁本)

别 名 香藁本、山香菜。

识别要点 多年生草本。茎高2～3尺，中空，表面有纵棱，基部带紫色；根茎短粗，淡褐色，有几条黑棕色根，断面黄白色，有强烈香气；叶似芹菜叶，手捻有似芹菜香味；开白色小花（图17-16)。

生长习性 高山丛林下。

采集加工 根及根茎入药。春秋采挖，去泥土，晒干，切片备用。



图 17-16 藁 本
1—根；2—植株上部；3—花

4. 羌 活

别 名 蚕羌、大头羌。

识别要点 多年生草本，高2～3尺。地下有块状或长圆状的根茎和根；茎淡紫色，中空、无毛，表面有纵直条纹；下部叶有长柄，最上一对小叶几无柄；花白色，果卵圆形（图17-17）。

生长习性 高山林下，草丛或灌木丛中。

采集加工 根入药。春秋采挖，晒干，切片备用。

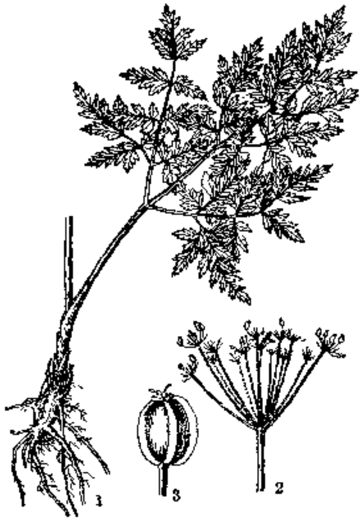


图 17-17 羌 活
1—植株；2—果序；3—果

5. 升 麻

别 名 窟窿芽、牤牛卡架、龙眼根。

识别要点 多年生草本。茎高3～4尺，根茎粗长，弯曲呈疙瘩状，黑褐色，根上有数个圆窟窿(茎痕)；全草有特异臭味；开黄白色小花；果5枚，种子多数（图17-18）。

生长习性 山野湿地，林内、林边、灌木丛中，河谷草甸。

采集加工 根入药。秋



图 17-18 升 麻
1—根茎及根；2—枝叶；3—花枝；4—花；5—果

挖，洗净，晒干，用火燎掉须根，水闷后切片、晒干备用。

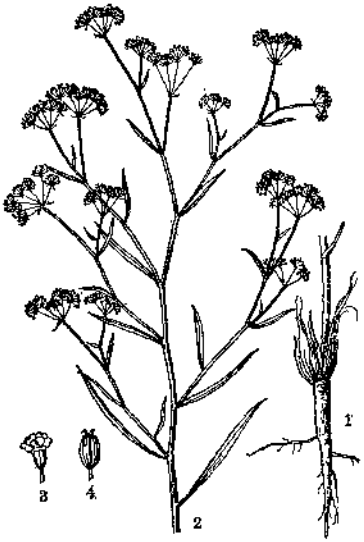


图 17-19 狭叶柴胡
1—植株下部；2—植株上部；3—花；4—果

6. 狭叶柴胡

别　　名 山根菜、黑柴胡。

识别要点 多年生草本。茎高1～2尺，叶狭长；根棕褐色，有香气，开黄色小花（图17-19）。

生长习性 杂草甸子，山坡，草原，尤以山的背阴面为多。

采集加工 根入药。春秋挖，洗净，切片晒干备用或醋炒用。

7. 葛　根（葛花）

别　　名 葛条、葛藤。

识别要点 多年生木质藤本。茎高2～3丈，嫩藤及叶密被棕褐色粗毛；地下有纺锤形肥大块根，根皮褐色，内白色；花紫色，蝶形，很象豆花(图17-20)。

生长习性 向阳山坡、山沟、地埂、杂木丛中。

采集加工 根、花入药。春秋采根，去外皮，晒

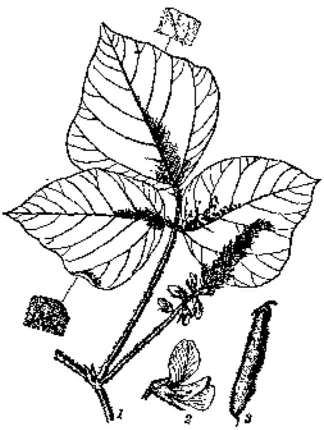


图 17-20 葛
1—花枝；2—花；3—果

干，切片；夏季采花，阴干备用。

8. 桑白皮（桑叶、桑椹、桑枝）

采集加工 根皮（桑白皮）、枝（桑枝）、叶（霜桑叶）、果（桑椹）入药。

根皮春秋挖，去黄皮，晒干、切丝。嫩枝春秋采、切断晒干。叶于霜降后收采晾干。桑椹于成熟时采，晒干。

9. 桔　　梗

别　　名 包袱花根、灯笼棵根。

识别要点 多年生草本。直根粗大肉质，纺锤形，外皮淡黄褐色，剥皮后洁白；茎折断有白浆；开蓝色花（图 17-21）。

生长习性 山野草地，林边，背阴山坡。

采集加工 根入药。立秋至秋分采挖，趁鲜剥去外皮，晒六成干，去根头，切片，晒干备用。



图 17-21 桔　梗
1—植株；2—果

10. 紫　　菀

别　　名 山白菜、驴夹板菜、驴耳朵菜。

识别要点 多年生草本。根茎粗短，紫褐色，上有柔软须根；茎表面有沟槽；茎生叶互生，根生叶丛生；舌状花紫蓝色，管状花黄色（图 17-22）。

生长习性 背阴山坡、草地、河边。

采集加工 根及根茎入药。春秋采挖，去泥晒干，切片或蜜炙用。



图 17-22 紫 菀
1—根；2—叶；3—花枝；4—舌状花；5—管状花



图 17-23 前 胡
1—根；2—叶；3—花枝；4—花

11. 前胡（紫花前胡）

别　　名　鸭巴芹、土当归。

识别要点　多年生草本。茎高2～4尺，表面有棱，上部分枝少、有毛，下部光滑，有辣香气；根粗壮，纺锤形，有少数分根，灰黄色；花紫色，伞形花序（图17-23）。

生长习性　山坡草地，灌木丛中，高山地区。

采集加工　根入药。春秋采挖，洗净，晒干，切片备用。

12. 百　　部

别　　名　蔓生百部、百部根、婆妇草、药虱药。

识别要点　多年生缠绕草本。根肉质，簇生，纺锤形；下部茎直立，上部茎蔓状，有纵纹，花淡绿色，蒴果椭圆而扁（图 17-24）。（有小毒！）

生长习性　山地阳坡灌木丛中。

采集加工　块根入药。春秋挖，去须根，沸水煮过，晒干、润透，切碎备用。



图 17-24　百　部

13. 平　贝　母

识别要点　多年生草本。地下鳞茎圆锥形，白色；茎上部绿色，下部紫褐色；叶线形，上部叶先端卷须状，下部叶片轮生；开钟形黄绿色或葡萄紫色花；蒴果长圆形（图 17-25）。

生长习性　高山草地，阴湿小灌木丛中。

采集加工　根入药。初夏采，去须根，晒干备用。



图 17-25　平贝母

14. 芦　　根

别　　名　苇子根、芦苇根。

采集加工 根茎入药。四季可刨，去须根及地上茎，洗净，晒干，切片备用。鲜用更好。

15. 知　母



图 17-26 知 母

别　　名 毛知母、兔子油草。

识别要点 多年生草本。茎单一，高 3～4 尺；叶丛生线形，质硬；花白色或紫蓝色；根茎粗壮，肉质，横生，外有纤维状草质皮，皮上密被棕色毛；根茎下有肉质须根，外观很象毛毛虫，故称毛知母（图 17-26）。

生长习性 丘陵地带的山坡、地埂、草原中。

采集加工 根茎入药。春秋采掘，去须根，晒干，为毛知母；剥去外皮为知母肉，晒干，润透切片备用。

16. 黄　芩

别　　名 黄芩茶、山菜根。

识别要点 多年生草本。高 1～2 尺，茎圆形，丛生；根粗大，外皮暗褐色，内金黄色，味苦，老根中心腐朽（空）；花紫蓝色，多偏于一侧；果扁圆形（图 17-27）。

生长习性 深山区山顶、草地、高山坡地。

采集加工 根入药。春秋采挖，撞去老皮、晒干，润透切片。

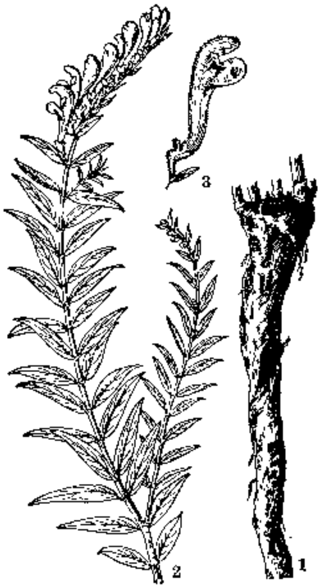


图 17-27 黄 芩
1—根；2—花枝；3—花

17. 龙 胆 草

别　　名 龙胆、胆草。

识别要点 多年生草本。茎高2～3尺，四棱形；叶对生、无柄、有三条明显的叶脉；须状根簇生，黄白色，味苦，细长，根上有细横纹；花钟形，深蓝色（图17-28）。

生长习性 山坡、草丛中。

采集加工 根入药。春



图 17-28 龙 胆
1—植株下部，2—植株上部

秋采挖，晒干，切碎备用。

［附］ 三花龙胆 又名狭叶龙胆，茎高1～3尺，根粗，叶线状披针形；花腋生，暗蓝色（图17-29）。生于草原，山坡，灌木丛中。功用与龙胆草同。



图 17-29 三花龙胆
1—植株下部；2—植株上部

18．土 茯 苓

别　　名 光叶菝葜［音拔器，báqì］、鲜土苓、冷饭团、奇粮、山猪粪。

识别要点 多年生攀援性灌木。根部生结节状肥厚块根，有多数须根，块根褐色，质坚，内白；叶革质，背面有白粉，开白或黄绿色小花；球形果，熟时蓝紫色（图17-30）。



图 17-30 土茯苓
1—块根；2—花枝；3—果枝

生长习性 山谷湿地、灌木丛中，常攀援他物上。

采集加工 根茎入药。

全年可采，秋季质佳，采后去泥，洗晒，润透，切片备用。

19. 白 头 翁

别 名 毛姑朵花、耗子尾巴花、崩崩花。

识别要点 多年生草本。全草有白色长绒毛；根肥大圆柱形，外皮黄褐色、粗糙，常有腐朽的纵裂；早春开紫蓝色花；果上有白色长毛，呈绒球状(图17-31)。

生长习性 山坡、草甸子、山脚、地埂。

采集加工 根入药。春秋挖，去细根及残茎，洗净，切片，晒干备用。

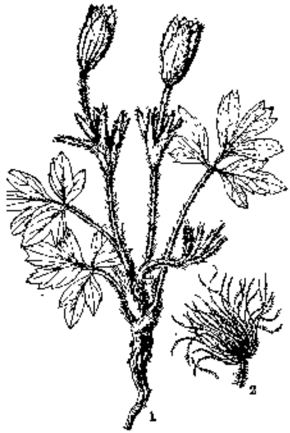


图 17-31 白头翁
1—植株；2—果

注 叫"白头翁"的药材很多，本品为正品。

20. 板蓝根、大青叶

别 名 菘蓝。

识别要点 二年生草本。茎高2～3尺，带白粉；根深长，外表灰黄色；根生叶较大有柄；茎生叶无柄；花黄色，角果长圆形（图17-32）。

生长习性 多为种植，不少地区有引种。

采集加工 根、叶入药。秋挖根，去泥土，晒半干，扎把，再晒干备用。夏生长旺盛时，分期采叶，名大青叶。



图 17-32 板蓝根
1—根；2—花、果枝；3—果

21. 山豆根（蝙蝠葛）

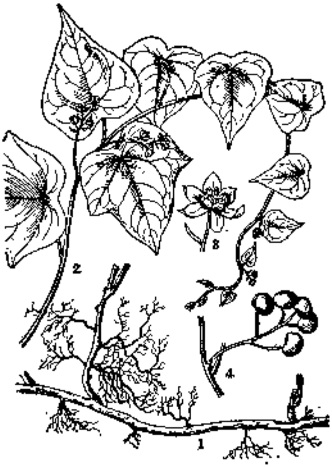


图 17-33 山豆根
1—根和根茎；2—花枝；3—雄花；4—果枝

别　　名　黄条香。

识别要点　多年生缠绕性藤本。根皮黄色或黑褐色，断面黄白，四周有放射纹，味极苦；茎细长绿色；叶盾形互生，有长柄；果熟时紫黑色，呈葡萄串样（图17-33）。

生长习性　山区，半山区，河岸，林边，山脚。

采集加工　根入药。春秋时挖，去须根及茎叶，晒干，润透，切片备用。

22. 甘　　遂

别　　名　肿手花、头痛花、甘泽、猫儿眼。

识别要点　多年生草本。茎丛生，高尺余，全株折断冒白浆；叶互生、无柄，顶生叶数片轮状排裂；根弯曲，呈联珠状或棒状；杯状聚伞花序，花黄色（图17-34）。（有毒！）

生长习性　山埂地埂上。

采集加工　根入药。春秋挖，放篮中加稻壳置水中搓净外皮，用硫磺薰后晒干，醋炒，每100斤加醋50斤，浸透后微火炒至微干，再晾干备用。或用水调面粉薄裹甘遂，放火上烘至黄褐色，去面皮，甘遂研末。


图 17-34 甘　遂

23. 大　　戟

别　　名　将军草、膨胀草、龙虎草。

识别要点　多年生草本。根细长，圆柱形有分叉，上端膨大，有茎痕；茎单一，高2～3尺，全株含白色浆汁；杯状聚伞花序，花黄绿色；蒴果三棱状球形（图17-35）。（有毒！）

生长习性　山脚、山坡，路旁、地埂。

采集加工　根入药。春秋采挖，去须根和芦头，晒干，润透，切片，醋制用（同甘遂）。



图 17-35　京大戟
1，2—植株；3—花



图 17-36　商　陆
1—果枝；2—花

24. 商　　陆

别　　名　水萝卜、野萝卜。

识别要点　多年生草本。根粗大，肉质，圆锥形；茎圆柱形，高2～3尺；花白色，浆果球形，紫黑色（图17-36）。

生长习性　多为种植。

采集加工　根入药。霜冻前采根，洗净，晒干，切片备用。

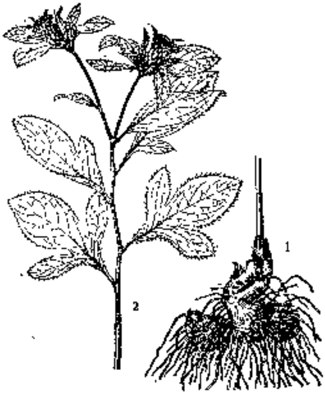


图 17-37　北苍术
1—植株下部；2—植株上部

25. 北　苍　术

别　　名　枪头菜、山刺菜、山苍术。

识别要点　多年生草本，高1～2尺。茎丛生，全部木质；叶互生革质；花顶生，白色；地下块根肥大，结节状，有香气(图17-37)。

生长习性　高山背阴山坡草丛中。

采集加工　根茎入药。春秋采挖，去泥土，晒干，用木棍打掉须根，润透切片（或用米泔水浸后置锅中炒黄）备用。

26. 狗　　脊

别　　名　金毛狗、金毛狮子、猴毛头、金毛狗脊。

识别要点　多年生蕨类，高6～7尺。叶簇生，半革质，表面暗绿色，背面粉灰色；叶片背面生棕褐色孢子囊群；根茎短粗，木质，上被金黄色有光泽的长茸毛（图17-38）。

生长习性　大山沟阴湿处，以草丛、林下多。

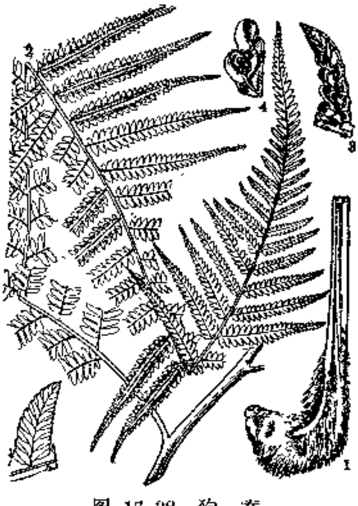


图 17-38　狗　脊
1—根茎；2—叶；3—孢子叶；4—孢子囊

采集加工　根茎入药。四季可采，秋末最好。去泥、去叶及毛，水煮后切片，晒干备用。

27. 秦　艽

别　　名　大叶秦艽、大叶龙胆。

识别要点　多年生草本，高1～2尺。茎圆柱形，光滑无毛；主根肥大，数条须根扭在一起；花筒状，蓝紫色，簇生叶腋（图17-39）。

生长习性　草原、丘陵、沙质地带稀疏的丛林湿地中。

采集加工　根入药。春秋采挖，去泥，晒干，切碎备用。

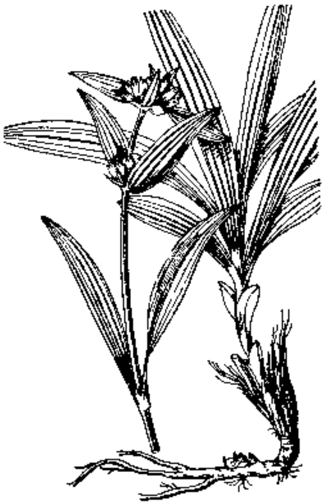


图 17-39　秦　艽

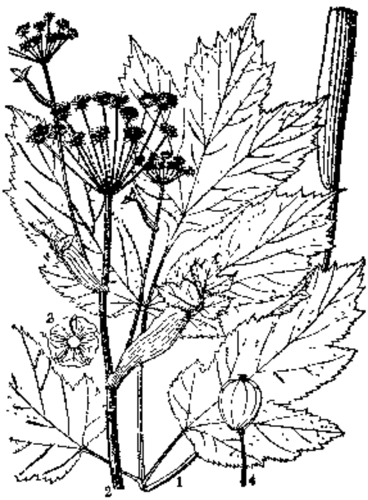


图 17-40　独　活
1—叶；2—花枝；3—花；4—果

28. 独　活

识别要点　多年生草本。茎高3～5尺，表面有纵直沟纹，疏生短柔毛；主根粗壮；复伞形花序顶生，花黄白色；悬果扁圆形（图17-40）。

生长习性　山坡路旁。

采集加工　根入药。春秋采挖，洗净，晒干，润透，切片备用。

29. 骨　碎　补

别　　名　申姜、猴姜、毛姜、华槲蕨。

识别要点　多年生草本。根茎粗长横生，肉质，上被棕色鳞片；有无柄红棕色叶和长柄绿色叶两种；叶背面有黄棕色孢子囊群（图17-41）。

生长习性　附于树干、山林石壁上。

采集加工　根茎入药。全年采挖，晒干，烤或土炒去毛备用。

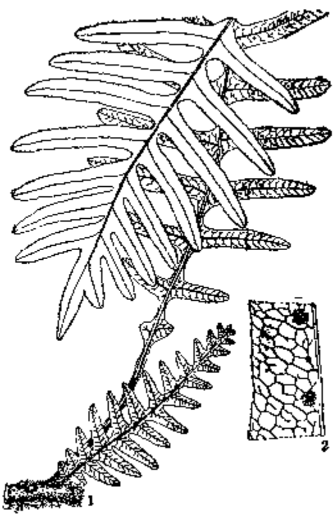


图 17-41　骨碎补
1—植株；2—叶的一部分，示孢子囊群

30. 威　灵　仙

别　　名　铁脚威灵仙、倒钩刺。

识别要点　多年生藤本。茎高5～6尺，绿色，有条纹，上有细刺；根茎粗短，有很多细长须根，灰褐色，坚韧，上有少数细刺；叶片边缘略成波状；花钟形，黄绿色；浆果球形，熟时黑色(图 17-42)。

生长习性　山地杂林。

采集加工　根入药。春秋采挖，洗净泥土晒干，润透，切片备用。



图 17-42　威灵仙

31. 白　薇

别　　名　老瓜瓢、拉瓜瓢、山烟根子。

识别要点　多年生草本。茎高1～2尺，全株密生短柔毛，折断出白浆；根细长，簇生，黄白色；叶对生，表面绿色，背面淡绿色；花暗紫色，果纺锤形（图17-43）。

生长习性　山坡，草丛，地埂。

采集加工　根入药。夏季采挖，去泥土，晒干，切段备用。



图 17-43　白　薇
1—植株下部；2—植株上部；3—花，4—果（已开裂）



图 17-44　白　茅

32. 白 茅 根

别　　名　毛草根、甜根、菅[音肩，jiān]草根。

识别要点　多年生草本。茎高1～2尺，茎基有残叶鞘；根茎横生，强韧，味甜；叶线形；花穗状，生于茎顶端（图17-44）。

生长习性　沙地、田野、地埂。

采集加工　根茎入药。四季可采，挖出后洗净晒干，切段备用。

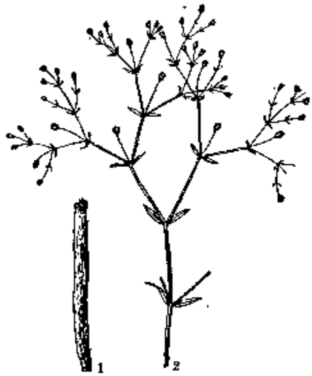


图 17-45 银柴胡
1—根；2—花

33. 银柴胡（狭叶歧繁缕）

别　　名 牛肚根、沙参儿。

识别要点 多年生草本。茎高尺余，茎节膨大，叶背生短毛；叶披针形，叶背生短毛；根圆柱形，淡黄色，根头部有瘤状突起，断面粗糙，呈放射状纹；开白色花（图 17-45）。

生长习性 干燥草原，高山阴坡，悬崖石缝中。

采集加工 根入药。春秋采挖、晒干，润透、切片备用。

34. 紫　　草

别　　名 紫根、紫丹。

识别要点 多年生草本。茎单一直立，高 1～2 尺，被硬毛；根紫色；叶互生，无柄，披针形，两面有毛；花顶生总状聚伞花序，白色；小坚果，灰白色有光泽（图 17-46）。

生长习性 山坡、向阳石质地及灌丛中。

采集加工 根入药。春秋季挖根，去泥晒干备用。

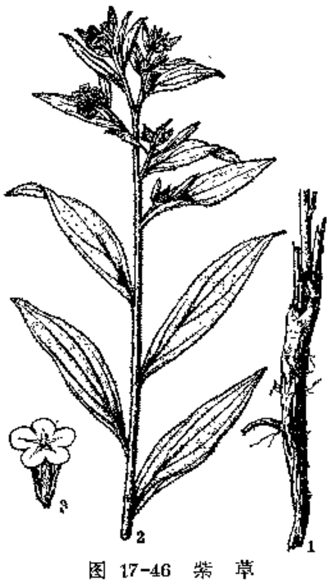


图 17-46 紫　草
1—根；2—植株上部；3—花

35. 北 玄 参

别　　名　元参、黑元参。

识别要点　多年生草本。茎高3～4尺，青色，四棱；根圆柱或纺锤形，肉质，类白色，簇生于主根上；叶对生，边缘有细锯齿；花黄绿色，花序长穗状（图17-47）。

生长习性　河边，草甸，山坡草丛中。

采集加工　根入药。秋末采挖，晒半干，堆起闷3～4天，再晒，反复堆晒至全干，润透切片备用。



图 17-47　北玄参
1—根；2,3—植株上部

36. 防　　己


图 17-48　防　己

别　　名　汉防己、汉中防己。

识别要点　多年生缠绕藤本。蔓长8～9尺，藤圆，表面有浅沟槽，幼时密被棕褐色绒毛；叶互生，心形，两面均被白绒毛；花紫红色；蒴果球形（图17-48）。

生长习性　高山灌木丛或背阴山坡上。

采集加工　根入药。春秋采挖，去泥，晒干，润透，切片备用。

37. 泽　　泻

别　　名　如意菜、水泽、禹孙。

识别要点　多年生沼泽草本，高1～2尺。地下有球茎，上有多数须根；叶根生，有长柄；花茎自叶丛中抽出，花白色带红晕（图17-49）。



图 17-49 泽 泻
1—果序；2—植株下部

生长习性 河边、沼泽中。

采集加工 球茎入药。秋末采挖，去须根，洗净泥土，用清水浸泡润透切片，晒干。生用或盐水炒用。

38. 萱 草（黄花萱草）

别　　名 黄花菜、金针菜。

识别要点 多年生草本。茎高2～3尺；叶线形，根生叶丛生；根多数，块状纺锤形，黄棕色，有密环纹；花生于茎上端，黄色，漏斗状（图 17-50）。

生长习性 高山顶部草丛中大面积野生。

采集加工 根入药。秋季采挖，除残茎，洗净泥土，晒干备用。

〔附〕 小萱草：形态与萱草类似，但株小，根丛生，功能用量与萱草同。



图 17-50 萱 草

39. 甘　　草

别　　名 甜草、蜜草、甜草根。

识别要点 多年生草本。茎圆形，高1～2尺，稍带木质，被白

色短毛或腺状毛；叶互生，单数羽状复叶，9～17 片；根茎圆柱状，主根甚长，粗大，外皮红褐色，味甜；花密集，腋生，紫蓝色似豆花；荚果镰刀状，有硬毛（图 17-51）。

生长习性 草原、山坡干燥沙土中。

采集加工 根入药。春秋采挖，晒干，润透，切片备用或蜜炙用。

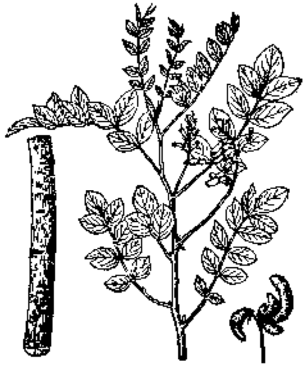


图 17-51 甘 草

40. 党 参

别 名 三叶菜、臭党参。

识别要点 多年生缠绕性草本。根粗大，上部有横纹，根头有许多灰棕色疙瘩；茎蔓生，长 2～5 尺，幼茎有毛，折断冒白浆，全株有腥臭气；叶被白色毛；花黄绿色，有暗紫色斑点；果实星状（图17-52）。

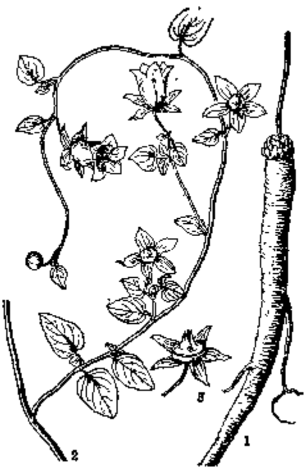


图 17-52 党 参

1—根；2—茎的一部分；3—果

生长习性 山区林下，腐殖质深厚的地方。

采集加工 根入药。秋季采挖，去泥，晒半干，用手揉搓，再晒，如此反复至晒干，切片备用。

41. 当　归



图 17-53　当　归
1—叶；2—茎上部，示花序；3—根

别　　名　西当归、秦归。

识别要点　多年生草本。主根粗壮，支根似“马尾”，棕黄色，表面有不规则的皱纹；茎带紫色，表面有纵沟，全草有特异香气；叶2～3回单数羽状分裂，边缘有锯齿；花顶生，复伞花序，白色；花落，结卵形双悬果（图 17-53）。

生长习性　气候寒冷山区，多为种植。

采集加工　根入药。霜降前后采挖，去土熏干，润透，切片，生用或酒炒用。

42. 何首乌、夜交藤

别　　名　首乌。

识别要点　多年生草质藤本。茎紫褐色，长丈余，攀援，中空，光滑无毛；根细长，末端成肥大块根，暗褐色，质坚；叶互生，有柄，心形；花绿白色，甚小，大形圆锥花序（图 17-54）。



图 17-54　何首乌
1—花序枝；2—地下块根

生长习性　溪边，山谷灌木丛石缝中。

采集加工　块根（何首乌）、茎（夜交藤）入药。春秋采块根，晒干，润透，切片用或用黄

酒蒸（制首乌）用；夏季采茎，切段，晒干备用。

43. 黄　　精

别　　名　笔管菜、黄鸡菜、鸡头黄精。

识别要点　多年生草本。茎单一圆柱形，高2～3尺，光滑无毛；根茎横生，肥大肉质，质脆，黄白色，节上有少数茎痕和须根；叶4～6片轮生，无柄，先端卷曲；花白色腋生，分二叉，叉上各生一花；花落结球形浆果，熟时黑色（图17-55）。

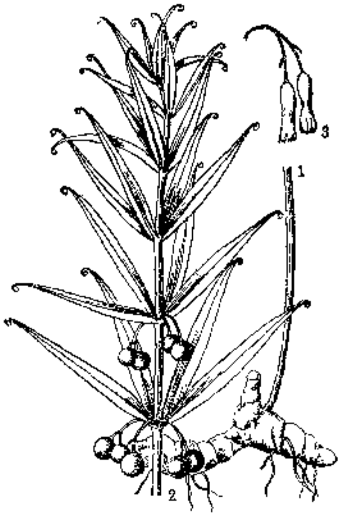


图 17-55　东北黄精
1—植株下部；2—植株上部；3—花

生长习性　深山阴坡崖头及灌木丛中或草丛中。

采集加工　根茎入药。春秋挖，洗净，晒干备用。

44. 山　　药

别　　名　菜山药、家山药、白山药。

生长习性　多为人工栽培。

采集加工　条根入药。挖根去泥，用竹片刮去外皮，切片晒干备用。

45. 仙　　茅

别　　名　独毛、地棕、仙茅参、婆罗门参。

识别要点　多年生草本，株高近尺余。地下有单一不分枝的独

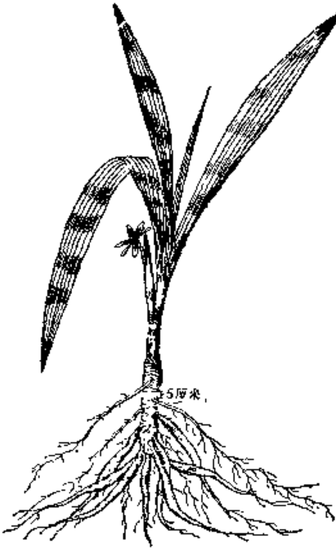


图 17-56 仙 茅

根，黑褐色，肉质，断面红色；叶2～6片根生，披针形，革质有柄，叶脉平直，叶面有散生毛；花茎短，黄色甚小；蒴果椭圆形，肉质，有嘴（图 17-56）。

生长习性 多生于山区丘陵地带的草丛或向阳灌木丛中。

采集加工 根入药。初春、秋末采集，去苗和须根，洗净，晒干，切段，蒸熟备用。

46. 隔山消（白首乌）

别　　名 豆角蛤蜊、白奶奶、隔山牛皮消。

识别要点 多年生缠绕草本。根粗壮，深部有圆柱形或圆形块根；茎细长，淡绿色，折断有白浆；单叶互生，有长柄，心形；花腋生，白色，伞形花序；果对生，背荚果狭长披针形（图 17-57）。

生长习性 山间石质坡地，灌木丛中。

采集加工 块根入药。秋季采挖，晒干，润透，切片备用。

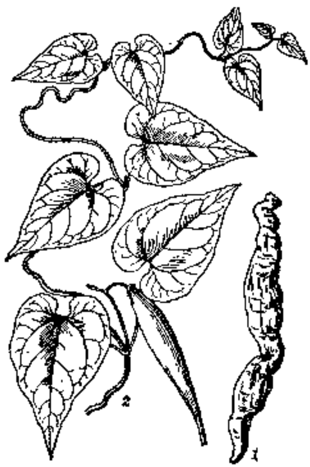


图 17-57 隔山消
1—根；2—果枝

47. 天　门　冬

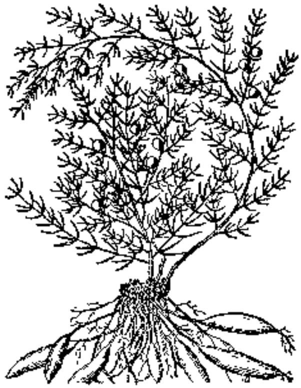


图 17-58 天門冬

别　　名 天冬草。

识别要点 多年生攀援草本。茎长 3~6 尺，光滑无毛，有纵槽纹，主茎上的叶已退化成鳞片，黄绿色互生，短针形；块根簇生，肉质，纺锤形或长椭圆形；花白色簇生；浆果球形，光滑，熟时红色（图 17-58）。

生长习性 潮湿、肥沃的海边、山坡丘陵地带灌木丛中。

采集加工 块根入药。秋冬采挖，洗净，水煮或蒸后趁热剥去外皮，然后用温水漂净，用硫磺熏一夜，微火烘干备用。

48. 玉　　竹



图 17-59 玉 竹
1—植株下部；2—植株上部

别　　名 竹根七、铃鐺菜、笔管菜。

识别要点 多年生草本。茎单一，斜生，光滑不分枝；根茎横生，长圆柱形，肥大，节明显，肉质黄白色，附生许多须根，断面粘滑；叶柄短或无柄，平行叶脉，叶面绿色，背面粉白色；花腋生，绿白色，似铃鐺；浆果球形，熟时紫黑色（图 17-59）。

生长习性 阴坡山地、灌木丛、崖头。

采集加工 根茎入药。春秋时挖，除须根，抖净泥土，晒半干时反复揉搓，曝晒至半透明，切片备用。



图 17-60 北沙参
1—根；2—植株；3—花

49. 北 沙 参

别　　名 辽沙参、莱阳沙参。

识别要点 多年生草本。根细长，圆柱形肉质，外黄色内白色，很脆；叶互生，有长柄，质厚有光泽；花白色、甚小，复伞形花序，花梗有密毛。双悬果，倒卵形，有毛（图 17-60）。

生长习性 沿海沙地。

采集加工 根入药。秋季采挖，洗净，放沸水中烫去外皮，晒干，润透，切片备用。

50. 麦门冬（沿阶草）

别　　名 麦冬、寸冬。

识别要点 多年生草本。株高近尺余，叶丛生，革质，线形，叶柄有膜质鞘；总状花序，顶生，花淡蓝色；浆果球形，成熟时黑蓝色，有多数细长须根，其中部常膨大成纺锤形肉质块根（图 17-61）。

生长习性 溪沟岸边或山坡树林下较阴湿处，或栽培。


图 17-61 麦 冬

采集加工 块根入药。夏秋采挖，洗净，晒干，去须根备用。

61．半　　夏

别　　名　小天南星、药狗丹。

识别要点　多年生草本，株高近尺余。地下块茎球形，肉质白色，底部无根，上部周围生有须状根，味辛辣发麻；叶根生，单叶或三出复叶；花茎由块茎生出，长尺许，在花序一边有绿色或淡紫色火焰苞片；小浆果椭圆形（图17-62）。



图 17-62　半　夏
1—植株；2—幼株

生长习性　生于阴湿和腐殖质较多处。

采集加工　块茎入药。立秋、秋分间采，去须根，水中洗净，剥皮，晒干，经炮制后备用。

（1）清半夏：凉水浸至无麻辣味，再用2%白矾水煮至无白心，晒半干，切片再晒。

（2）法半夏：水泡，每日换水2次，至无麻辣味，用甘草（半夏100斤用甘草16斤）加水煎汤，去渣放凉，加石灰块（100斤半夏加20斤）加水混合，倒入半夏缸中，泡至半夏无白心，捞出阴干。

（3）姜半夏：水泡至无麻辣味，取出放入缸中。另取生姜（100斤半夏25斤姜）切片放于适量开水中煎汤，去渣后，加入白矾（100斤半夏加白矾12斤），待矾溶化即可把半夏放入，煮3小时取出，稍晾晒，切片晒干。

62．独　角　莲

别　　名　禹白附、南星附子、白附子。

识别要点　多年生草本。株高1～2尺，叶宽大，长心形或戟状箭形，肉质，有长柄，叶柄鞘状，浅绿色，中下部深紫色；地下块茎卵圆形，外褐色内白色，切开有粘液，舐之口麻；开紫色小花，有臭

味，肉穗花序，外有大形美丽的火焰苞片（图 17-63）。（有毒！）

生长习性 湿润肥沃草地。

采集加工 块茎入药。春秋采挖，去残茎，开水烫后晒干，搓去老皮，名生白附子。熟白附制法是：置清水中浸泡数天，每天换水1～4次，直至嘴无麻辣味，再加适量白矾水共煮，至中心无白心，取出晾至半干，切片备用。



图 17-63 独角莲
1—植株；2—花序（已去花苞）

53. 大黄（掌叶大黄）

别　　名 西宁大黄、葵叶大黄、北大黄、天水大黄。

识别要点 多年生高大草本。根粗壮，黄色；茎中空，高5～6尺；根生叶宽大，有粗壮肉质长柄；茎生叶较小，叶鞘大，膜质，淡褐色；花细小簇生于茎上端，瘦果三角形，有翅（图 17-64）。

生长习性 山区半阴湿地，野生或栽培。



图 17-64 大黄
1—叶；2—花序；3—花

采集加工 根入药。深秋采，晒干，润透，切片备用。或每100斤加黄酒50斤放罐中封口，隔水蒸至酒尽，晾干备用。

54. 狼　毒



图 17-65 狼　毒
1—根；2—植株上部；3—果

别　　名 猫眼根、山红萝卜根。

识别要点 多年生草本。根肥大，肉质，外表红黄色，断面淡黄色；茎粗壮，高尺余，全株折断有白浆；茎基部叶鳞片状，中部叶互生，上部叶3～5片轮生；花象猫眼；蒴果卵形，有三条纵沟(图17-65)。(有大毒!)

生长习性 干旱山坡、草原、河滩或地埂上。

采集加工 根入药。春秋采挖，去泥晒干，润透，切片，生用或醋制用（每100斤加醋30斤微火煮至醋尽，取出晾干）。

［附］ 小狼毒：又名断肠草、红火紫头花。茎丛生，高2尺；叶互生，光滑无毛；花红紫色，集生于茎顶。主治功能、用法同狼毒。

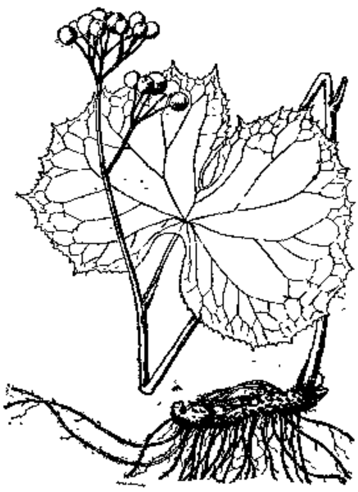


图 17-66 山荷叶

55. 山　荷　叶

别　　名 窝儿七、八角莲、八角金盘。

识别要点 多年生草本，株高近尺。地下块茎生有多数须状根；叶盾形，表面绿色，背面浅绿色，有长

柄，叶脉自中心向四周放射，叶外观很象荷叶；花深红色，5～8朵簇生；浆果球形，熟时黑色(图17-66)。

生长习性 山谷、山坡、丛林边和溪沟的草丛中。

采集加工 块茎入药。秋采挖，洗净，去残茎及须状根，晒干，切片备用。

56. 天　　麻

别　　名 山土豆、定风草、棒锤帆子。

识别要点 多年生草本。茎高2～3尺，黄棕色，独杆直立，全株无叶绿素；地下块茎象芋头，有节，无根，表面光滑；叶棕黄色鳞片状，类三角形；花褐色或淡黄色，总状花序生于茎上部；蒴果长圆形（图17-67）。

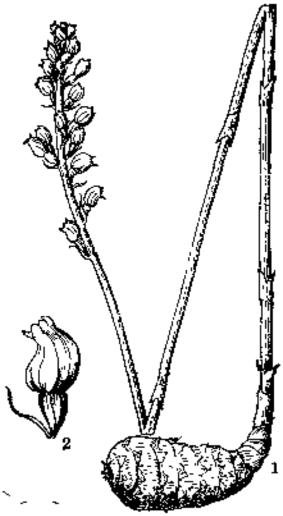


图 17-67 天 麻
1—植株；2—花

生长习性 较湿润的林下及肥沃的土壤中。向阳地区极少见。

采集加工 块茎入药。春秋采挖，洗净除去粗皮，用清水或白矾水稍浸后放沸水中煮透，捞出经针刺放水，捏实，晒干，润透，切片备用。

57. 白　　芨

别　　名 白根、白芨子。

识别要点 多年生草本。茎单一，从叶丛中抽出，高2尺余；块根肉质，黄白色，卵形，略扁，如鹰爪；叶自基部互生，叶脉平行；花淡紫红色或黄白色；蒴果圆柱形，有六条纵棱（图17-68）。

生长习性 山坡、林下、溪边潮湿地带。

采集加工 块根入药。8～11月采挖，去泥，经沸水烫后，搓掉黄皮，晒干备用。

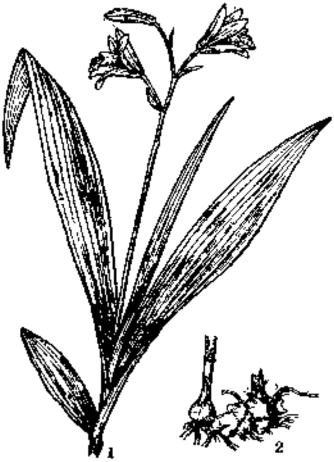


图 17-68 白 芨
1—植株上部；2—植株下部

68．茜草（伏茜草）

别　　名 拉拉豆、拉拉蔓、湣湣草、娃娃拳头。

识别要点 多年生攀援性草本。茎四棱，蔓生，长数尺，茎和叶柄均有倒钩刺；根丛生，木质，红黄色；叶四片轮生，叶面有刺毛；浆果扁球形，红转黑色（图 17-69）。

生长习性 山野、地埂、林边、低矮山坡。

采集加工 根入药。春秋采挖，去泥，晒干，切碎或炒后备用。



图 17-69 茜 草
1—根；2—花枝；3—果



图 17-70 地 榆
1—植株上部；2—植株下部；3—根

59. 地 榆

别 名 黄瓜香、鞭枣胡子、山地瓜。

识别要点 多年生草本。茎高3～5尺，有棱沟，下紫上青，全株无毛；茎生叶互生，揉后有黄瓜香味；花紫红色，顶生，穗状花序，似桑椹；瘦果卵状四角形，有细毛；根粗大，纺锤形，黑褐色，数条聚生于根基上（图17-70）。

生长习性 山地背阴山坡、山沟、草原中。

采集加工 根、根茎入药。春秋采挖，洗净、晒干，切片，生用或炒炭。

60. 远 志

别 名 细叶远志、小草、小鸡棵。

识别要点 多年生草本。茎高尺余，多数由基部丛生，细圆；叶互生，线形；花小，淡紫蓝色；蒴果扁平，倒心脏形；根圆柱形，肉质，细长稍弯曲有横纹，表面淡黄或棕黑色，中有木质心(图17-71)。

生长习性 丘陵地带向



图 17-71 远 志
1—根；2—植株；3—花

阳山坡及地埂上。

采集加工 根人药。春秋采挖，去泥，抽去木心，晒干备用。

〔附〕 宽叶远志：特点是茎被短伏毛；叶较远志宽三倍以上；果实周缘被短绿毛。

61．生　　姜

采集加工 根茎皮入药，夏秋季挖，去除茎叶，洗净备用。

62．草乌（北草烏）

别　　名 五毒根、鸡头草、蓝靰鞡花、百步草、蓝附子。

识别要点 多年生草本。块根如乌鸦头，常2～3个连生在一起，附生根为附子，次年变为乌头，舐之麻辣；茎粗壮，高3～4尺；花深蓝色，生于茎上部，对称而生；3～5个蓇葖果聚生（图17-72）。



图17-72　草　乌
1—根；2—花枝

生长习性 高山阴湿草地或山埂林边。

采集加工 块根入药。秋季采挖，用水漂15～25日，每日换水2次，泡至不起白沫，尝无麻辣味。捞出，加入白矾或黑豆、甘草（每100斤加白矾、黑豆10斤，甘草5斤），水煮至无白心为止，取出稍晾，切片，晒干备用。

63．萎　　黄

别　　名 黄萎、毛萎黄。

识别要点 多年生草本，高2～3尺。根茎粗壮，横生，圆柱形，

断面鲜黄色，根基部侧生引条，引条末端有纺锤形块根，即药用的郁金；根叶丛生，光滑无毛；花黄色，从叶鞘中抽出；蒴果球形，膜质（图 17-73）。

生长习性 性喜阳光，多生于山间草地、灌木丛中，也有栽培。

采集加工 根茎入药。初春采挖，洗净，蒸熟，晒干，撞去外皮备用。



图 17-73 姜 黄

64. 苦 参

别　　名 山槐子、山块根、野槐花。

识别要点 落叶小灌木，高 3～4 尺。枝草质，很象小槐树；茎丛生，黄褐色；根粗壮，外褐内白，味极苦；花黄白色似槐花，荚果弯曲，联珠状(图17-74)。

生长习性 山坡、地埂、沙地、草丛。

采集加工 根入药。春秋采挖，晒干，润透、切片备用。



图 17-74 苦 参
1—花枝；2—果

65. 毛 黄 莲

别 名 细辛幌子、鲜黄莲。

识别要点 多年生草本，株高尺余。根茎横生，黄褐色，味苦，上密生须根；花顶生，白色带淡紫色；叶丛生，柄长，边缘波状。蒴果纺锤形，种子黑色（图 17-75）。

生长习性 阔叶混交林下的山坡灌木丛中，山脚阴湿处。



图 17-75 毛黄莲
1—植株；2—叶；3—果

采集加工 根及根茎入药。春秋采挖，晒干备用。

66. 丹 参

别 名 紫丹参、大红袍、血参根、野苏子根、烧酒壶根。

识别要点 多年生草本。茎高 2～3 尺，四棱形，全株有白色短毛；叶对生，单数羽状复叶，边缘有锯齿；唇形花，蓝紫色；小坚果黑色、椭圆；根长圆柱形，除粗壮的几条主根外，有许多小毛根，主根外皮朱红色，鲜时断面白色，干时黑褐色（图 17-76）。

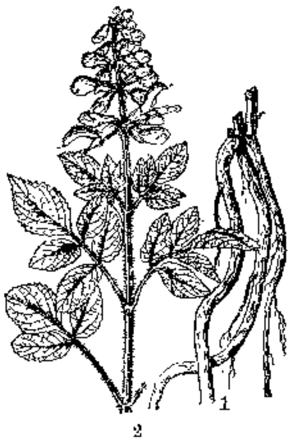


图 17-76 丹 参
1—根；2—花枝

生长习性 山坡、山沟、小山阳坡和地埂上。

采集加工 根入药。春秋采挖，去泥、须根，晒干，切片备用。



图 17-77 牛 膝
1—根；2—花枝；3—花

67. 牛 膝

别　　名 对节草、野苋草。

识别要点 多年生草本。茎高3～4尺，有黄红色条纹，节膨大；叶对生，两面均有柔毛；花细小，绿色，穗状花序；根圆柱形，丛生，肉质，土黄色（图17-77）。

生长习性 野生，栽培。

采集加工 根入药。秋季采挖，去泥，晒干，切段备用或微炒用。

68. 延 胡 索

别　　名 玄胡索、元胡、蓝花菜、蓝雀花、蓝花豆。

识别要点 多年生草本。茎高5～7寸；块茎球形，内部黄色；茎生叶互生，叶柄较长，二回三出复叶；花顶生或对叶生，紫红色（图17-78）。

生长习性 山地林下。

采集加工 块茎入药。秋季采挖，经沸水烫后晒干备用。

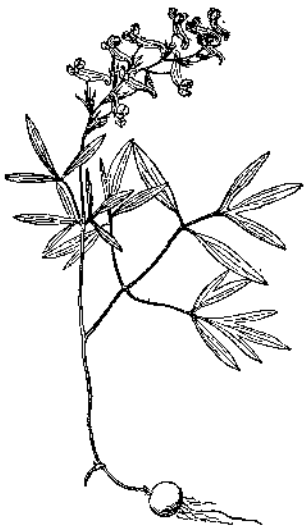


图 17-78 延胡索

［附］ 齿瓣延胡索：东北山区产量大，与延胡索基本相似。

69. 赤　芍

别　　名　山芍药。

识别要点　多年生草本。茎高1～3尺；根肥大，圆柱、纺锤形，有分枝，外皮棕红色；二回三出复叶，互生，有长柄；花顶生，粉红色或白色；蓇葖果通常3个，长圆形(图17-79)。

生长习性　山地林边、灌木丛中。

采集加工　根入药。春秋采挖，洗净、晒干，润透，切片备用。

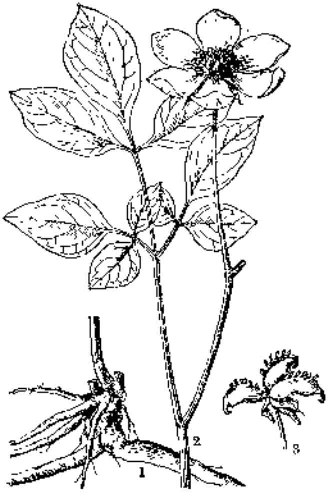


图 17-79　赤　芍
1—根；2—花枝；3—果

70. 川　芎

别　　名　芎藭[音匈穷，xiōng qióng]。

识别要点　多年生草本。茎高2～3尺，中空，表面有纵沟；叶互生，2～3回单数羽状复叶，叶片边缘有深裂或浅裂，叶柄呈鞘状紧紧抱茎；花顶生，复伞形花序，白色；双悬果卵形；地下块茎团块状，有浓香气(图17-80)。

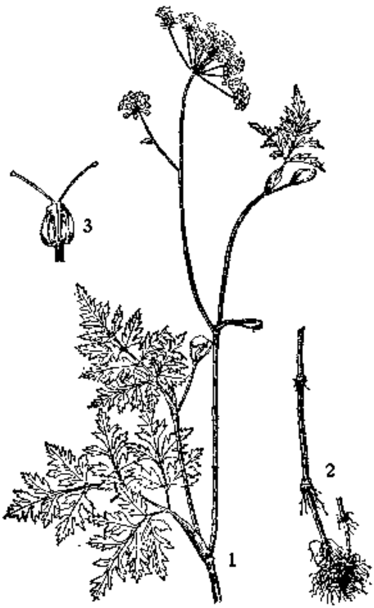


图 17-80　川　芎
1—花枝；2—根茎；3—果

生长习性 山区，或栽培。

采集加工 根茎入药。采挖后晒干，润透切片，生用或炒用。

71. 木香（土木香）

别　　名 祁木香。

识别要点 多年生草本。植株粗壮，高5～6尺，密被白色短毛；根肥大，肉质，有香气；叶互生，基生叶大，茎生叶基部耳状心形；花黄色；瘦果有4～5棱，有毛(图17-81)。



图 17-81 土木香
1—植株下部叶；2—茎生叶；3—花枝；4—管状花；5—舌状花

生长习性 多为人工栽培。

采集加工 根入药。秋末采，去须根，晒干备用。

72. 郁　　金

别　　名 川盆金、黄郁金。

识别要点 多年生草本。茎高1～2尺；叶大，长1～2尺；穗状花序从叶中间抽出，花白色；根茎块状，有节，外淡紫色，内黄色，有香气；丛生于块茎上的纺锤状块根即郁金，表面暗灰色，断面橙黄色（图17-82）。

生长习性 温暖、向阳、排水良好的肥沃沙质壤土中，



图 17-82 郁　金
1—植株；2—根茎及块根

有些地区有栽培。

采集加工 块根入药。立冬至立春间采挖，洗净，煮透，晒干，切片备用。

〔注〕 姜黄属植物的块根加工后，均可当郁金用。

73. 薤　白

别　　名 小根蒜、小根菜、小蒜。

识别要点 多年生草本。茎高数寸到1尺，地下有球状白色鳞茎；叶线形，基生；花白色间有粉红点，顶生（图 17-83）。

生长习性 山坡、山脚、田野、路旁。

采集加工 鳞茎入药。春秋采挖，沸水略烫后，晒干备用。



图 17-83 薤 白
1—植株；2—花

74. 荆 三 棱

别　　名 京三棱、去皮三棱。

识别要点 多年生草本，株高2～3尺。根茎横走，节膨大，末端具块根，两端略尖，黑色；茎三棱形；复穗状花序；瘦果三角形或倒卵圆形，褐色（图 17-84）。

生长习性 沼泽、水地。

采集加工 块茎入药。春秋采挖，洗净，去外皮，晒干，润透，切片或醋制用。

〔附〕 黑三棱：多年生草本。根茎横走，生粗而短的块茎；茎圆柱形，光滑，高2～3尺；叶自根部丛生，松软稍呈海绵质，线形，

长 2～3 尺；花茎单一，从叶丛中抽出；果为倒卵形或圆锥形，多生于池边、水沟。(图 17-85)。



图 17-84 荆三棱



图 17-85 黑三棱
1,2—植株；3—雄花；4—雌花；5—果



图 17-86 莎 草
1,2—植株；3—小穗（部分放大）

75. 香附（莎草）

别　　名 三棱草。

识别要点 多年生草本。茎高 1～2 尺，三棱形，光亮无毛；叶线形，丛生于茎基部，质硬；花细小，紫褐色，顶生复穗状花序；根丛生，黑褐色，根基部生有向四外放散的长椭圆形块茎(图 17-86)。

生长习性 河湖边、水田或沙质草丛中。

采集加工 根茎入药。

春秋采挖，去须根煮熟，晒干，醋炒备用。

76. 珠 芽 蓼

别　　名　蝎子七。

识别要点　多年生草本。茎高尺余，根茎块状，短粗肥厚；叶互生，叶片披针形，叶面绿色有光泽，背面灰绿色，叶边缘略向外卷，中脉明显；花顶生，白色或粉红色，圆柱形，细小；瘦果褐色有光泽（图 17-87）。

生长习性　高山阴湿山沟里。

采集加工　根茎入药。春秋采挖，去茎叶洗净，晒干备用。



图 17-87　珠芽蓼



图 17-88　贯　众

1—根茎；2—叶；3—叶的部分（放大，示孢子囊群）

77. 贯　　众
（粗茎鳞毛蕨）

别　　名　野鸡膀子、牛毛黄。

识别要点　多年生蕨类草本，高 2～3 尺。根茎粗大，块状，密被棕褐色鳞片，鳞片上被线状毛；叶于根茎顶端簇生，单数羽状复叶，小叶 20～30 对，叶背面附着褐色孢子群（图 17-88）。（有小毒！）

生长习性 沟谷、林间湿地、林下沼地、稍湿腐质丰富的土壤中。



图 17-89 常 山
1—花序枝；2—根

采集加工 根茎入药。夏秋时刨出根茎，除去叶柄、须根，洗净，纵切成两瓣，晒干。用炭者，将贯众掰碎，强火炒成焦黑色，内呈老黄色，放铁筒内闷 48 小时备用。

78. 常 山

别 名 鸡骨常山、黄常山、南常山。

识别要点 多年生落叶灌木。高 5～6 尺全株有黄色短毛；主根圆柱形，弯曲，木质，外棕黄，有纵纹，切面有放射线，茎圆形有节；叶对生，边缘有锯齿，叶面深绿，背面淡绿；伞房花序；浆果熟时蓝色(图17-89)。(有小毒！)

生长习性 山地湿润丛林间。

采集加工 根入药。秋末采挖，去泥，晒干，润湿，切片备用。

79. 墓头回 (异叶败酱)

别 名 墓头灰。

识别要点 多年生草本，高 1～2 尺，被有软毛。叶对生，叶面有短毛；花黄色，伞房花序；果卵形或近圆形，扁薄

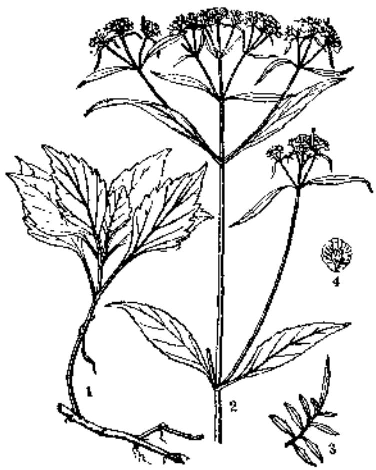


图 17-90 墓头回
1—根和茎基叶；2—茎上部；3—上部叶形；4—果

如纸有翅；根粗壮(图17-90)。

生长习性 田边、干燥山坡及地埂。

采集加工 根入药。秋季采挖，去泥、须根，晒干，润透，切片备用。



图 17-91 羊 蹄

80．羊蹄（皱叶酸模）

别　　名 羊蹄叶、荃荞麦、土大黄，羊蹄大黄。

识别要点 多年生草本。根粗大，黄褐色，味苦；茎绿色，高3～4尺，表面有纵沟槽；花小，淡绿色，大形圆锥花序；果三棱形，有翅（图17-91）。（有小毒！）

生长习性 湿地、溪边、河边、湖边、沟渠边。

采集加工 根或全草入药。春秋挖根，洗净润透，切片；全草洗净鲜用或晒干。



图 17-92 茯 苓

81．茯　　苓

别　　名 茯灵、松腴[音鱼，yú]。

识别要点 菌科植物。纺锤形或类球形，大1～2斤至数十斤。表面粗糙，淡黑或紫褐色，内部粉质，白或淡红色，质硬不易碎（图17-92）。

生长习性 茂密松林中。

采集加工 菌体入药。夏秋采收，洗净，垫草盖严，使其发热，“出汗”反复多次，去水后蒸熟，切片，阴干备用。

82. 猪　苓

别　　名　野猪粪。

识别要点　菌科植物。外黑内白，形似猪粪或姜块(图 17-93)。伏天雨后到桦树林中，看到地面比别处先干，地面有灰白色细小蘑菇状的白色菌体，即是猪苓苗，掘开后，其下有猪苓。



图 17-93　猪　苓

生长习性　山坡桦、柞树林中，多寄生于朽桦、柞树根。

采集加工　菌核入药。夏秋采挖、洗净、晒干、润透、切片备用。

二、全草入药

83. 紫　苏

别　　名　香苏、苏子、红苏子。

识别要点　一年生草本。全株紫色，芳香；茎高1～3尺，方形，有毛、多分枝、茎节处有密毛；叶对生，边缘有粗圆齿，两面有稀毛；总状花序，顶生或腋生，花萼钟形，花冠筒状，红色；小坚果，暗褐色，内有种子一粒(图 17-94)。



图 17-94　紫　苏
1—植株上部；2—花

生长习性　田边、地头、小河旁。

采集加工　茎、叶、果实入药。初秋采叶，阴干，称苏叶；成熟时割地上部分，收取果实，称苏子；茎枝晒干切段，称苏梗。

84. 荆　　芥

别　　名　假苏、四棱杆蒿。

识别要点　一年生草本，高3尺。茎四棱，下部紫，上部灰绿，对称分枝，枝上密布短毛，全草有香气；叶对生，3～5羽状深裂，披针形；花淡红色，聚生顶端成穗状（图17-95）。

生长习性　向阳山坡、路旁、地埂上。

采集加工　地上部分（穗单用）入药。深秋采，晒干、切碎，生用或炒炭用。

［附］　裂叶荆芥：上部少分枝；叶3～5深裂，裂片较宽；小花蓝紫色（图17-96）。使用同荆芥。



图 17-95　荆　芥

1—植株上部；2—花



图 17-96　裂叶荆芥

1—植株下部；2—植株上部；3—花

85. 麻　　黄

别　　名　麻黄草、草麻黄。

识别要点　多年生草本状小灌木。茎丛生，高数寸到尺余，无叶有节，折断中心有黄褐色液状物，味麻涩；叶退化为鳞片状，2～3片

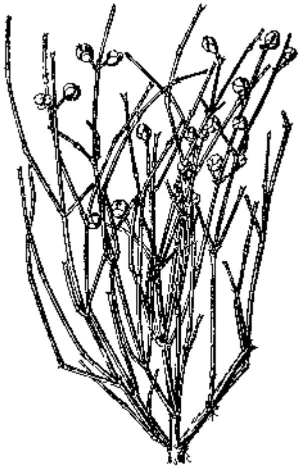


图 17-97 麻 黄

抱于节上；花小，绿黄色；浆果熟时红色，味甜；根长尺余，粗如指，坚硬，外表红棕，内淡黄色(图 17-97)。

生长习性 成片生于干旱草原、地埂及固定的沙丘上。

采集加工 地上部分及根入药。深秋割取地上部分，晒干切段。根四季可采，去砂土，晒干，切片备用，或生用、水炙、蜜炙用。

86. 鹅不食草

（石胡荽）

别　　名 地胡椒、球子草、小拳头。

识别要点 一年生伏地草本。茎细弱，有细毛，长数寸，伏于地面，揉碎有辛辣味；头状花序，球形，花黄色，管状（图 17-98）。

生长习性 山地、湿润草地、洼地。

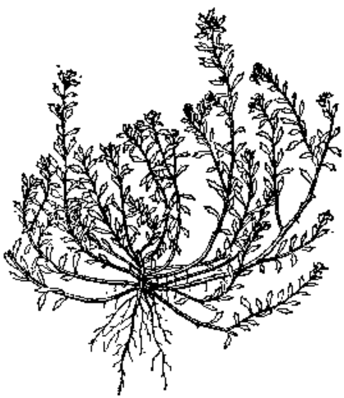


图 17-98 鹅不食草

采集加工 全草入药。花开时挖，去泥土，晒干备用。

87. 浮　萍（紫萍）

别　　名 水萍、青洋、九子草、水苏、水漂。

生长习性 浮生于池塘、沟渠、水田中。

采集加工 全草入药。捞出洗净，晒干备用。

88. 木　贼

别　　名 锉草、节骨草、笔头草、节节草。

识别要点 多年生常绿草本。茎高1～2尺，中空，通常不分枝，茎表面有纵沟棱，很粗糙，节部紧贴茎轮生一圈棕褐色鳞片叶；茎顶端生有褐色圆锥形孢子囊穗（图17-99）。

生长习性 林下、沟旁、阴湿地方。

采集加工 地上部分入药。夏秋割收，晒干，切碎备用。

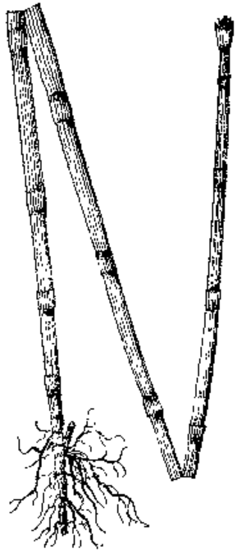


图 17-99 木　贼



图 17-100 馬齿莧
1—植株；2—花；3—果

89. 马　齿　苋

别　　名 马舌菜、蚂蚁菜、马蛇子菜、马齿菜。

识别要点 一年生草本。全草肉质，有酸味；叶肥厚，瓜子状；茎圆形，下部伏于地面；根白色；开黄色小花；蒴果圆锥形（图17-100）。

生长习性 菜园、草地、道旁。

采集加工 全草入药。夏秋间割，洗净放开水锅中抄一下，捞出，晒干，切碎备用。



图 17-101 松 蘿

90. 松　萝

别　　名 女萝、金线草、树挂。

识别要点 茎细如网，挂树而生，茎表面灰绿色，上有规则的白裂纹（图 17-101）。

生长习性 潮湿阴暗的针叶树林中。

采集加工 全株入药。夏秋采，晒干备用。

91. 龙　葵

别　　名 黑天天、野茄子、黑悠悠、酸浆果、狗屎墟琉。

识别要点 一年生草本。茎高 1～2 尺；叶互生，表面深绿，背面淡绿；花白色；浆果球形、熟时紫黑（图 17-102）。

生长习性 村边、路旁、田野。

采集加工 全草入药。夏秋采，去泥，晒干，切碎备用。



图 17-102 龙 葵
1—花，果枝；2—花

92. 斑 叶 兰

别　　名 小叶青、麻叶青、银线莲、蕲[音奇，qí]蛇药。

识别要点 多年生小草本。茎高5~6寸；根粗而少；叶上有黄白色网状斑纹；花白色，总状花序，5~10朵偏生一侧(图17-103)。

生长习性 山谷、山坡、林下阴湿植质土上。

采集加工 全草入药。夏秋采，去泥，晒干备用。

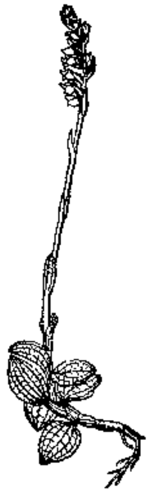


图 17-103 斑叶兰



图 17-104 喉咙草

93. 喉 咙 草

别　　名 铜钱草、报春花、白花草、点地梅、五朵云。

识别要点 一年或二年生草本。茎高数寸，全株有白色的细柔毛；叶丛生，莲座状，有长柄，平铺于地面；花茎多数由叶间抽出，伞形花序，花冠白色；蒴果球形（图17-104）。

生长习性 山坡、草丛中。

采集加工 全草入药。春采，去泥土，晒干备用。

94. 伸筋草（石松）

别　　名　石松子。

识别要点　多年生蕨类草本。茎高近尺，根茎长，伏地生根，根中有黄色木心；叶螺旋状，尖端延长成白色长毛状；孢子囊2～5个分生于顶端（图17-105）。

生长习性　针叶林下、沟边、坡地等阴湿地方。

采集加工　全草入药。夏秋茎叶旺盛期采下，去泥，晒干备用。



图 17-106　石　松
1—植株；2—孢子叶

95. 老鹳草（牻牛儿苗）

别　　名　老鹳嘴、太阳花、狠巴巴草、爬子棵。

识别要点　一年生草本。茎高3～5尺，茎匍匐或斜上，节明显，有分枝，淡红色，被白长毛、叶对生，有微红色长柄、被白毛；总状花序，顶生或腋生，花淡红色，被白色毛。蒴果花柱宿存，很象老鹳嘴，果褐色，卵状圆锥形（图17-106）。

生长习性　路旁、草地、山坡、地埂上。

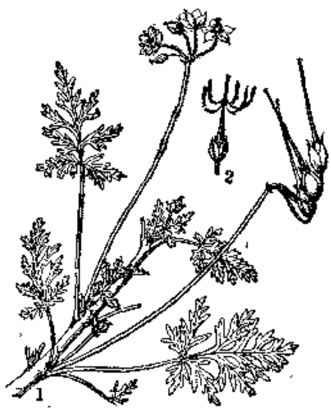


图 17-106　牻牛儿苗
1—植株上部；2—成熟的蒴果

采集加工　全草入药。夏秋采，去净泥土，晒干备用。

96. 豨　莶　草

别　　名　粘糊草、粘苍子。

识别要点 一年生草本。茎高2～3尺，全株有毛；花黄色，顶生，花梗及总苞内外生有腺毛，分泌粘液，易粘在身上(图17-107)。

生长习性 山沟、路旁、山脚、田边、丛林边。

采集加工 地上部分入药。夏季割取，晒干，切碎备用。



图 17-107 豨莶草

97. 山野豌豆

别 名 大巢菜、透骨草。

识别要点 多年生攀援性草本。茎四棱，全株有柔毛；双数羽状复叶，先端呈卷须；花紫蓝色，总状花序偏向一侧；荚果狭长，圆形，棕色（图17-108）。

生长习性 山坡、路旁、草原、沙地、林边灌木丛中。



图 17-108 山野豌豆

采集加工 茎叶入药。夏季割，晒干，切碎备用。

98. 兔 儿 伞

别 名 雨伞菜、帽头菜。

识别要点 多年生草本。茎高2～3尺，灰白色；叶伞状，有长柄；花红色，由筒状花组成头状花序，花落结瘦果（图17-109）。

生长习性 山坡、草丛中。

采集加工 全草入药。秋采，晒干备用。



图 17-109 兔儿伞
1—根；2—叶；3—花枝；4—花

99. 斩 龙 剑

别　　名 狼尾巴草、轮叶婆婆纳、九节草。

识别要点 多年生草本。茎高2～5尺，圆形；叶3～8片轮生；穗状花序，狼尾巴状，花筒状，淡紫色（图 17-110）。

生长习性 林间、草丛、阴湿草地上。

采集加工 全草入药。夏采，去泥，晒干备用。



图 17-110 斩龙剑
1—植株上部；2—叶；3—花

100. 野西瓜苗

别　　名 打瓜花。

识别要点 一年生草本。茎高近2尺，有毛，象西瓜秧；叶互生，掌状或羽状深裂；花深黄色，基部紫色；蒴果椭圆形，上疏生白毛（图17-111）。

生长习性 田边、野地、路边。

采集加工 全草入药。夏秋采，晒干备用。



图 17-111 野西瓜苗



图 17-112 藿 香
1—植株上部；2—花

101. 藿　　香

别　　名 兜娄婆香、大藿香。

识别要点 一年或多年生草本，高3～4尺。茎方形；叶对生，有毛，有长柄，叶腋有向上的分枝；夏季茎顶开紫色唇形花，总状花序；小坚果倒卵形，黑褐色。全株有香气（图17-112）。

生长习性 山坡、沟边、林间草丛中。

采集加工 茎、叶入药。夏采，晒干，切段备用。

102. 香　　薷

别　　名 山苏子、臭荆芥、蜜蜂草、水荆芥。



图 17-113 香 薷
1—花枝；2—苞片；3—花

识别要点 一年生草本。茎高2～3尺，方形，全株有微香气；叶对生，有短柔毛；花淡紫色，唇形，穗状花序，偏向一方；小坚果卵形，棕褐色(图17-113)。

生长习性 山溪边、阴湿草地、田園边、路旁。

采集加工 地上部分入药。夏秋采，晒干，切碎备用。

103．青蒿（黄花蒿）

别　　名 老黄蒿、大青蒿子、臭蒿子。

识别要点 一年生草本。茎高2～5尺，上有纵条纹，全株有臭气；叶三回羽状分裂，叶面绿色，背面黄绿，有腺点；花细小，球形，多数排成圆锥状；瘦果甚小，棕色卵圆形（图17-114）。

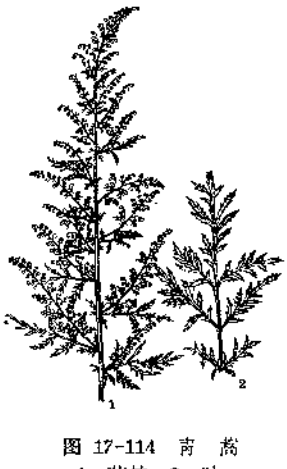


图 17-114 青 蒿
1—花枝；2—叶

生长习性 村落、路旁、草丛中。

采集加工 全草入药。夏季花未开时割取嫩茎叶，阴干备用。

104. 铃　兰

别　　名　铃铛花、小芦藜、香水花、鹿铃草。

识别要点　多年生草本。株高数寸～1尺，根细长，白色；叶只2～3片；花白色钟形，有香气，在茎上端排成一串下垂，很似小铃铛；浆果球形，熟时红色（图17-115）。

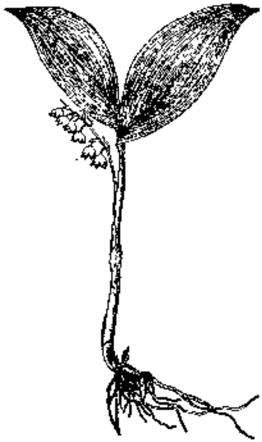


图 17-115　铃　兰

生长习性　高山阴湿地带及林边灌木丛中。

采集加工　全草入药。夏秋采，去泥，晒干，切碎备用。

105. 徐长卿（寮刀竹）

别　　名　蜈蚣草、铜锣草。

识别要点　多年生草本。根须状细长，淡黄褐色，有香气；茎细弱单一，高1～2尺，折断有白浆；叶线状披针形，无柄，中脉隆起；花小淡黄绿色；蓇葖果长椭圆形，两头尖（图17-116）。



图 17-116　徐长卿
1,2—植株；3—花；4—果

生长习性　山坡、沙丘、灌木丛中。

采集加工　全草入药。春秋采，去泥，晒干备用。



图 17-117 鸭跖草
1—植株上部；2—植株下部；3—花

106. 鸭 跖 草

别　　名 三角菜、蓝花菜。

识别要点 一年生草本。茎细长，高1～2尺，下部常匍匐地面，有节，节上生有不定形的根；叶互生，披针形，基部狭圆成膜质鞘，有短柔毛；花蓝色；蒴果椭圆形，白色，干后开裂（图17-117）。

生长习性 村边、路旁、河沟等潮湿草丛中。

采集加工 地上部分入药。夏采，晒干，切碎备用。

107. 萹 蓄

别　　名 猪牙草、竹节草、扁竹芽、地蓼。

识别要点 一年生草本，高1～2尺。茎丛生有节，伏生或斜生；花腋生，淡红色，甚小；瘦果三角形，黑色（图17-118）。

生长习性 河边、路旁、林边、草丛中。

采集加工 地上部分入药。夏采、晒干、切碎备用。



图 17-118 萹 蓄
1—植株；2—花

108. 瞿 麦

别　　名 石竹、石柱子花、十样景花。

识别要点 多年生草本。茎丛生，有节，高1～2尺；叶对生，线状披针形；花顶生，鲜红、淡紫或粉红色，五瓣；蒴果长圆形、熟后顶端裂开，内有黑色种子多数（图 17-119）。

生长习性 向阳山坡。

采集加工 地上部分入药。夏秋带花采，晒干，切碎备用。



图 17-119 瞿 麦

1—植株；2—果（带苞片和花萼）

109. 铁皮石斛

别　　名 吊蓝、黄草、黑节草、石斗。

识别要点 多年生草本。根一束，须状，灰白色或白绿色；茎丛生高尺余，多节，叶鞘膜质，紧抱节间，灰色；叶暗绿色，光滑，无柄；总状花序，生无叶茎的上部节上，花淡黄色或淡黄绿色；蒴果长圆形，下垂、有三棱（图 17-120）。

生长习性 高山、岩石或森林的树干上，喜阴湿。



图 17-120 铁皮石斛

采集加工 茎入药。全年可采，春秋为好，洗净，切小段，烘软切去粗皮，晒干；也可鲜用。

110. 海藻（海蒿子）

别　　名　三角藻。

生长习性　浅海岩石上。

采集加工　全草入药。夏秋采，去杂质，晒干，用水洗去盐霜，切碎备用。



图 17-121　飞燕草
1—花枝；2—果

111. 飞燕草（大花飞燕草）

别　　名　翠鸟花、鸽子花。

识别要点　多年生草本。茎高2～3尺，全株被短毛；根黄色，味苦；花鲜蓝色，外形象小飞鸟；蓇葖果、3个聚生（图 17-121）。

生长习性　草原、山坡、草丛中。

采集加工　全草入药。夏秋采，去泥晒干，切碎备用。

112. 大　　蓟

别　　名　大蓟草、将军草。

识别要点　多年生草本。茎直立，高2～3尺，有细纵纹，上被白色或黄褐色絲状毛；根生叶有柄，叶边缘有齿、齿上多刺；花紫红色，头状花序，顶生或腋生；瘦果椭圆形（图 17-122）。

生长习性　山沟溪边、河



图 17-122　大　蓟
1—花枝；2—茎叶；3—根

边草地、田边路旁。

采集加工 地上部分及根入药。6～7月间挖出，趁鲜切后晒干备用。

113. 小　蓟

别　　名 刺儿菜，曲曲菜，青其菜。

识别要点 多年生草本。茎高1～2尺，少分枝；基生叶在花期枯萎，茎生叶互生，边缘有小刺；头状花序顶生，紫红色(图17-123)。

生长习性 田边、山野、路旁。

采集加工 全草入药。夏秋花开放前采，洗净，晒干，切段备用。

［注］ 东北地区以苣荬菜当作小蓟用。



图 17-123　小　蓟

114. 仙　鹤　草

别　　名 龙牙草、瓜香草、老牛筋。

识别要点 多年生草本。茎高1～4尺，绿色单生，全株有短毛；叶互生，有大小两种，间隔排列；花金黄色，集于枝顶，总状花序；瘦果有刺毛，易粘人衣服(图17-124)。

生长习性 山间、林边、路旁、山沟阴湿有水的地方。

采集加工 全草入药。夏秋采，晒干，切碎备用。



图 17-124　仙鹤草
1,2—植株；3—花；4—果

115. 问　　荆

别　　名　笔头草、节节草。

识别要点　多年生草本。茎高数寸到1尺，丛生，黃绿色，无叶片，节上轮生很多分枝；根黑色；孢子囊穗顶生，笔头状，黑色（图17-125）。

生长习性　潮湿田间、草地、河湖边。

采集加工　地上部分入药。夏秋割收，晒干，切碎备用。

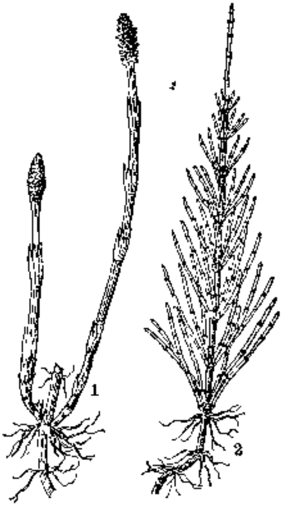


图 17-125　問　荆
1—繁殖茎；2—营养茎

116. 紅旱莲(长柱金絲桃)

别　　名　牛心菜、牛心茶、金絲蝴蝶。

识别要点　多年生草本。茎高2～3尺，有四棱；叶对生，无柄，叶片有小斑点；花大，顶生，金黃色；蒴果心形，红棕色(图17-126)。

生长习性　山坡、草地、路旁。

采集加工　全草入药。夏秋采，晒干，切碎备用。



图 17-126　紅旱莲
1—花枝；2—果

117. 铁 苋 菜

别　　名 海蚌含珠、血见愁、人苋、野麻草、朴草。

识别要点 一年生草本。茎高数寸到尺余；叶互生；穗状花序，生于叶腋，红褐色；蒴果三棱状，球形，内有种子3枚（图17-127）。

生长习性 田野、路旁。

采集加工 全草入药。秋采，晒干，切碎备用。



图 17-127 铁苋菜
1—花、果枝；2—雌花；3—雄花；4—果


图 17-128 瓦 松

118. 瓦松（流苏瓦松）

别　　名 酸塔、酸溜溜、瓦鬃、松塔。

识别要点 多年生肉质草本，高数寸。茎短，全株赤绿色，象松塔，有酸味；叶肉质，根生叶排成莲座状，先端有尖刺；花淡红色，顶生肥大穗状圆锥花序（图17-128）。（有毒！）

生长习性 古老瓦房、墙头、山间阴湿岩石缝中。

采集加工 全草入药。夏秋采，开水略烫后，晒干备用。

119. 荠 菜

别　　名 荠荠菜、棕子菜、芨菜、护生草。

识别要点 二年生草本。茎直立，绿色，高数寸到尺余；根生叶

丛生，放射状铺于地面，叶有不规则缺刻或锯齿；花小，白色；蒴果扁平，倒三角形，内有黄色细小种子多枚（图 17-129）。



图 17-129 荠 菜
1—植株；2—花；3—果

生长习性 田野、路旁、田园、河边。

采集加工 全草入药。夏初采，晒干备用。

120. 地 锦

别　　名 血见愁、铺地锦、家雀扑拉。

识别要点 一年生草本。茎细弱，淡红或紫绿色，铺地而生，全株折断有白浆；叶椭圆形，二列对生，叶面绿色，背面绿白色；夏秋叶腋开小花，淡紫红色；花落结三棱状球形蒴果（图 17-130）。



图 17-130 地 锦

生长习性 田园、路旁、草丛中。

采集加工 全草入药。夏秋采，晒干备用。

121. 菊 三 七

别　　名 三七草、土三七、红背三七、散血丹、血三七。

识别要点 多年生草本。块根肥大，肉质；茎高3尺，幼茎紫红色，多分枝；基生叶丛生，茎生叶互生，大形，顶端尖；秋末从茎梢分枝开花，黄色；瘦果细小，线形（图 17-131）。

生长习性 湿润、肥沃草地，沟旁的小灌木丛。

采集加工 块根、全草入药。夏采多鲜用，春秋采块根，洗净，晒干，切碎备用。



图 17-131 菊三七

122. 睡 菜

识别要点 多年生草本。地下茎横生，肥大，黄色；叶根生，有长柄；花白色、总状花序，花冠五裂，内密生白色毛；蒴果球形（图17-132）。

生长习性 群生沼泽、水草甸子处。

采集加工 全草入药。夏秋采，洗净，晒干备用。



图 17-132 睡 菜
1,2,3—植株；4—花

123. 藜 芦

别　　名 老汉葱、芦莲、黑藜芦、山葱、鹿葱。

识别要点 多年生草本。茎直立，高2～3尺，上部有分枝，下部

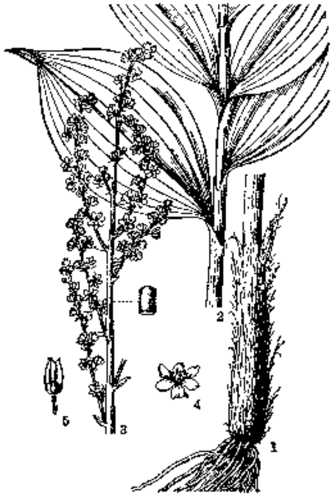


图 17-133 藜 芦
1,2,3—植株；4—花；5—果

茎粗壮，包有黑褐色毛状纤維，很象大葱；叶绿色，长圓形，基部抱茎，叶脉平行，明显隆起；花暗紫色，圆锥花序、序轴密生毛；蒴果三裂，内含种子多枚（图17-133）。（有毒！）

生长习性 高山地区疏林、草地、山阴坡灌木丛中。

采集加工 全草入药。初春采全草，春秋挖根，去泥，晒干，切碎备用。

124. 茵陈蒿（滨蒿）

别　　名 白毛蒿、油蒿子。

识别要点 一年或多年生草本，高2～3尺。茎紫色，幼苗密被灰白色柔软绒毛；根直立粗壮，入地深，主根有许多毛根；头状花序，密集成圆锥状，花黄褐色；瘦果很小（图17-134）。

生长习性 山坡、沙滩、河岸、路旁、地埂。

采集加工 幼苗入药。谷雨前采，晒干备用。

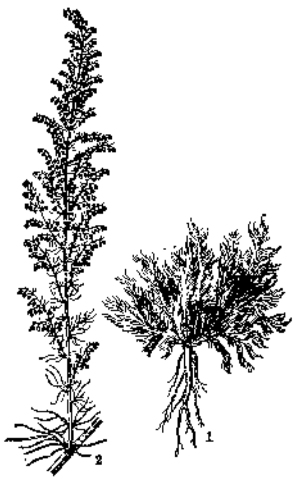


图 17-134 茵陈蒿
1—幼苗；2—花枝

125. 刘寄奴（阴行草）

别　　名　吹风草、罐儿茶。

识别要点　一年生草本，株高2尺。茎直立，被白色柔毛；叶下部对生，上部互生；花唇形，暗黄色，有毛，萼管淡白色；蒴果长椭圆形，包于残留的花萼中（图17-135）。

生长习性　山坡、草地、路旁、沙质地草丛中。

采集加工　地上部分入药。立秋前采（立秋后枯干），去泥，晒干，切碎备用。



图 17-135　刘寄奴
1—植株上部；2—花

126. 泽兰（地瓜儿苗）

别　　名　地环、地叭啦。

识别要点　多年生草本。茎高3～4尺，四棱形，青色；地下茎横走，纺锤形，白色；叶交互对生，叶柄短，近革质，略有光泽；花小，白色，轮生于叶腋；小坚果扁平，黑褐色（图17-136）。

生长习性　山沟、路旁、湿草地上。

采集加工　全草入药。夏秋采，去泥，晒干，切碎备用。

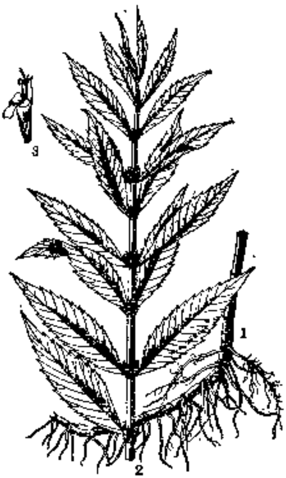


图 17-136　泽　兰
1—植株下部；2—植株上部；3—花

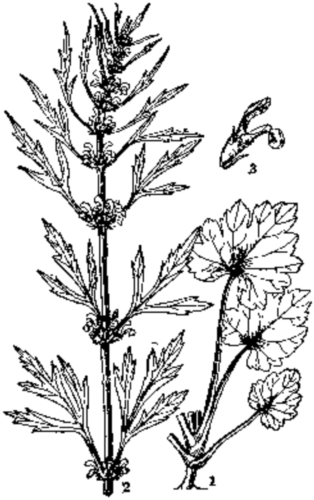


图 17-137 益母草
1—植株下部；2—植株上部；3—花

127. 益母草（茺蔚子）

别　　名 益母蒿、坤草、茺蔚。

识别要点 一年生或二年生草本。茎四棱形，全株有短毛；叶对生，羽状深裂，裂片披针形；花细小，唇形，淡红色，密集成团，轮生于叶腋；花落后结黑色小坚果（图 17-137）。

生长习性 山沟、河边、田边、地埂。

采集加工 全草及果入药。果称茺蔚子。夏割全草，晒干，切段备用。或煎成流膏。种子秋后采，晒干备用。

128. 卷　　柏

别　　名 万年青、万年松、老虎爪。

识别要点 多年生常绿草本。全株高 2～7 寸，正面绿色，背面淡绿，莲座状，遇湿展开，干时卷起。根和土交织在一起，形成硬土疙瘩；叶鳞毛状，密生于小枝上；枝端生棒状四棱形孢子囊穗（图17-138）。

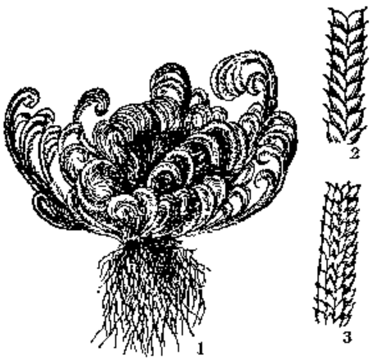


图 17-138 卷　柏
1—植株；2,3—部分枝放大

生长习性 山崖、岩石上。

采集加工 全草入药。全年采，去须根，晒干，生用或炒用。

129. 辽　细　辛

别　　名　细参、烟袋锅花、细辛。

识别要点　多年生草本。株矮小，根茎生多数黄白色须根，手捻有辛香气味；叶多2枚，心形，有长柄，表面绿色，背面灰绿色；5～6月间于两叶间抽开红紫色小花，花被反卷，形如烟袋锅（图17-139）。

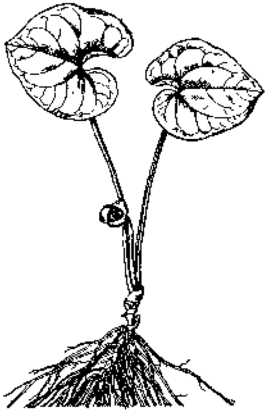


图 17-139　细　辛

生长习性　山林下、山间阴湿草丛中。

采集加工　全草入药。夏秋采，去泥，阴干备用。

［附］　华细辛：根茎较长，节间短、花被不反卷。

130. 薄　　荷

别　　名　人丹草。

识　　别　多年生草本。全草有清凉芳香气味，全株密生短毛；茎四棱，有节；叶对生，边缘有锯齿，两面密生短毛和腺点；开淡紫红色唇形小花（图17-140）。



图 17-140　薄　荷

生长习性　野生于林边、沟旁、田边湿地；或栽培。

采集加工　地上部分入药。一年可收二次，头茬在小暑，二茬在秋后，最晚不迟于寒露。切后阴干备用。

131．紫花地丁
（东北堇菜）



图 17-141　紫花地丁

别　　名　地丁草。

识别要点　多年生草本。高約3～5寸，叶从根部丛生，有长柄，托叶膜质、边缘具浅钝齿；花腋生，淡紫色，花瓣5片；蒴果长圆形，有棱沟、内有卵圆形棕色、光滑的种子多枚（图17-141）。

生长习性　草地、山坡。

采集加工　全草入药。5～6月间果实成熟时采，洗净，晒干备用。

132．蒲　公　英

别　　名　婆婆丁、黄花地丁、经经杠。

识别要点　多年生草本。株短小，贴地而生；叶由根生出，有深裂，折断时可见乳白浆；开金黄色花；花落生多数带白毛的种子，随风飞扬（图17-142）。

生长习性　田边、路旁、沟边、河边。

采集加工　全草入药。全年可采，洗净，晒干、切碎备用。



图 17-142　蒲公英
1—植株；2—果

133. 鹿 蹄 草

别　　名 鹿含草、冬绿。

识别要点 多年生长绿草本。茎细，圆柱形，有棱，高 7～8 寸；叶深绿，有长柄，椭圆或圆形，似鹿蹄；花白色或紫色，略下垂；花落结蒴果（图 17-143）。

生长习性 山野、丛林、阴湿地。

采集加工 全草入药。全年可采，春夏为好，洗、晒至叶片软缩时堆起，使其发热，晒干，反复直至叶片变紫红色为止。

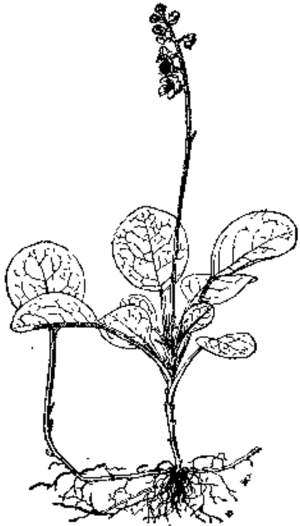


图 17-143 鹿蹄草

134. 佩 兰

别　　名 兰草、香草、大泽兰。

识别要点 多年生草本。茎高 2～4 尺，圆柱状；地下茎横走；叶对生，三裂，揉之有香味；花白或淡紫红色，头状花序，排列成伞状；花落结瘦果多枚（图 17-144）。

生长习性 阴湿地带、原野、沙土地草丛中。

采集加工 地上部分入药。夏季茎茂盛时采，晒干，切碎备用。



图 17-144 佩 兰
1—植株上部；2—由根茎上长出新条

135. 肉苁蓉



图 17-145 肉苁蓉

别　　名 大芸。

识别要点 多年生寄生草本。茎单生，肉质，高1～2尺，下粗中细上部膨大，密被复瓦状肥厚肉质褐黄色鳞片；茎上部密生小花，花萼淡黄色或白色，花冠紫色；蒴果卵圆形（图17-145）。

生长习性 寄生于盐碱地、沙地的白刺等植物上。

采集加工 下部茎入药。3～5月采挖，晒干，为大芸，质最好。秋季采挖的，须投入盐水中渍1～2年才用。

三、花、花粉入药

136. 辛　　夷（木兰）

别　　名 望春花、杜春花、木莲花，紫玉兰、木笔花。

识别要点 多年生落叶灌木，高丈余。立春后渐出花苞，清明、谷雨之间开花，花顶生于枝端，粉紫色，开花前形似莲瓣，花瓣倒卵形，有香气（图17-146）。

生长习性 人工栽培。

采集加工 花蕾入药。春分前剪下，晒至半干堆起，待内部发热，再晒干备用。



图 17-146 辛　夷

137. 款 冬 花

别　　名　冬花。

识别要点　多年生草本。株高半尺，根茎细长，横生；叶由基部丛生，肥大，有长柄，叶背密生白毛；花在叶出前开花，花蕾紫红，花黄色，顶生，头状花序（图 17-147）。

生长习性　生在土质好的山沟中。

采集加工　花蕾入药。秋末至冬季花未出土时挖出。刚挖出时勿用手摸、水洗，以防变色。采后放通风处阴半干，去泥、花梗，阴干或蜜制备用。

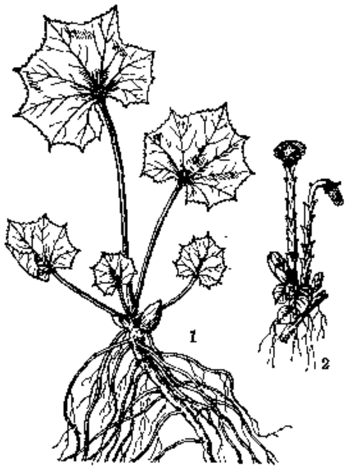


图 17-147　款　冬
1—植株；2—开花时的植株



图 17-148　旋复花
1,2,3—植株

138. 旋 复 花

别　　名　小蒿花、小黄花子、鼓子花。

识别要点　多年生草本。茎直立，全株有细毛；叶互生，无柄，茎上叶较小，表面深绿色，粗糙，背面色较浅，密生粗毛；开黄花，头状花序，常 3～5 朵排成伞房状（图 17～148）。

生长习性　湿地、砂质草地。

采集加工　花入药。花刚开放时采下，阴干备用。

139. 金 银 花
（忍冬藤）



图 17-149 忍 冬
1—花枝；2—果枝

别　　名 忍冬花、双花、茶叶花。

识别要点 多年生纏绕性藤本小灌木。茎蔓性，左纏，中空，多分枝，嫩枝绿色，老枝暗红色；嫩枝、花、叶均有毛；花成对生于叶腋，故称"双花"，初开时白色，后变黄，花冠筒状；浆果球形，熟时黑色（图 17-149）。

生长习性 山坡、林边，栽培。

采集加工 花蕾（金银花）、带叶茎的枝（忍冬藤）入药。花蕾初夏采，摊席上晾晒，注意翻动，防止变黑。茎枝于秋冬割收，晒干。

140. 黄 芫 花
（河蒴蕘花）

别　　名 醉鱼草、黄闷头花。

识别要点 多年生落叶灌木。高 2～3 尺，幼枝灰绿色，老枝红色，有弹性；单叶互生或对生，较厚，光滑无毛；小花黄色，花冠筒形，集成圆锥花序；核果椭圆形（图 17-150）。

生长习性 山坡、河滩、地埂。



图 17-150 黄芫花

采集加工 花蕾及叶入药。6～7 月采，阴干备用。

141. 洋 金 花
（毛曼陀萝）

别　　名 风茄花、串筋花、野大麻子。

识别要点 一年生草本。茎粗壮，圆柱形，高1～2尺，全株密被白色短柔毛；叶片广卵形；花萼筒状，花冠漏斗形，花单生于叶腋或枝的分叉间，白色或淡蓝色；蒴果近圆形，外面密生针刺，种子肾形（图17-151）。（有毒！）



图 17-151　洋金花
1—花枝；2—果

生长习性 生于山坡、路旁，或人工栽培。

采集加工 花、叶入药。夏秋采，摘已开的花和叶，阴干备用。

142. 密 蒙 花

别　　名 水锦花、蒙花、羊春条、羊耳朵尖、锦糊条子、虫见死。

识别要点 落叶灌木。树高数尺到1丈，小枝灰褐色，密被灰白色绒毛；叶对生，叶柄短，两面有绒毛；花管状，紫色顶生，圆锥花序；花落结蒴果多枚（图17-152）。（有小毒！）



图 17-152　密蒙花
1—花枝；2—花；3—花剖开

生长习性 多人工栽培。

采集加工 花蕾、叶皮入药。春采花蕾，晒干。叶皮随时可采。



图 17-153 紅 花

143. 紅　花

别　　名 草红花、红花樱子。

生长习性 栽培(图17-153)。

采集加工 花入药。花由黄变红时，晴天晨采，阴干备用。

144. 莲

别　　名 莲子、莲子心、莲房、荷花、莲须、荷叶、荷梗、藕节。

生长习性 池沼、湖边均有栽培。

采集加工 种子名莲子，胚名莲子心，根茎节名藕节，叶名荷叶，梗名荷梗，花名荷花，花蕊名莲须，子房名莲房。均入药。夏秋采花、莲须、荷梗，鲜用或晒干。秋采莲房、莲子、莲子心，晒干。秋末春初挖藕，随时收集藕节，晒干。

145. 夏 枯 草

识别要点 多年生草本。茎四角棱形，淡紫色；茎、叶有细毛，不分枝；生白色或紫色穗状花；小坚果长圆形，褐色，有光泽。初春生长最盛，夏至全草枯萎（图 17-154）。

生长习性 群生于山野坡地、路旁、林边、草丛中。

采集加工 花穗入药。夏至前花穗半枯时采，除地上茎，洗净，切后晒干备用。



图 17-154 夏枯草

146. 谷 精 草

别　　名 文星草、流星草、戴星草、谷精珠草。

识别要点 一年生草本。叶数十条丛生，线状披针形；花梗数条从叶丛中抽出，高数寸；花白色，球状卵形，被白毛(图 17-155)。

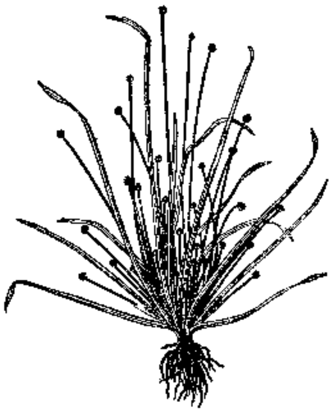


图 17-155 谷精草

生长习性 沼泽地区，以池边、稻田边、草丛、潮湿处最多。

采集加工 花、梗入药。秋采，洗晒切段，备用。



图 17-156 东北蛔蒿
1,2—植株；3—花序

147. 东北蛔蒿

识别要点 多年生草木。茎单生或丛生，下部木质化，高尺余，全株有灰白色毛；叶互生，2～4回羽状分裂，茎上部叶渐小，三裂或不裂；花小，卵圆形，黄色或带红褐色（图 17-156）。（有毒！）

生长习性 多见于干旱草原。

采集加工 花蕾入药。夏季开花前采，阴干备用。

148. 蒲　黄（宽叶香蒲）

别　　名 蒲棒、蒲草、香蒲。

识别要点 多年生草木。高3～7尺，茎单一，圆柱状；叶广线形，长3～4尺；花序顶生，似蜡烛，雄花在上，黄色，雌花在下，褐色（图 17-157）。

生长习性 河边、沟渠、沼泽地。

采集加工 花粉入药。夏花刚开时收，晒，筛取细粉或炒炭用（微火，炒至黑色，喷清水，晒，过筛）。

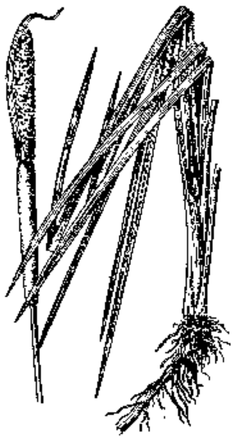


图 17-157 蒲　黄

四、果实入药

149. 苍耳子

别　　名　苍子、老苍子。

识别要点　一年生草本，高2～3尺。茎黄绿色，上有斑点和短白毛；叶互生，边缘有粗锯齿；花黄绿色；瘦果长卵形，表面密被倒钩刺，果顶有两尖（图17-158）。

生长习性　田边、路旁、河边、沟边。

采集加工　果实入药。秋采，晒干，炒黄备用。

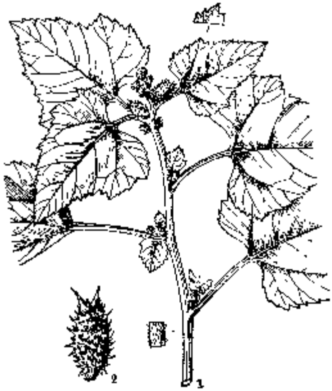


图 17-158　苍耳子
1—植株上部；2—果

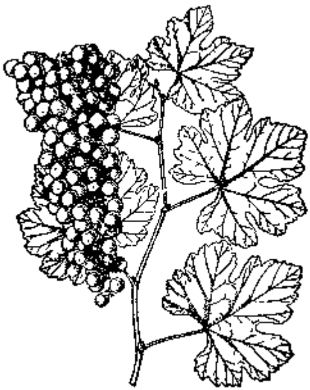


图 17-159　索索葡萄

150. 索索葡萄

别　　名　琐琐葡萄。

识别要点　多年生草本。蔓长3～5尺；叶互生，掌状分裂；茎上有卷须；开淡绿色花，花与叶对生；浆果紫黑色（图17-159）。

生长习性　潮湿土壤中。

采集加工　果实入药。夏末秋初采，阴干，备用。

151. 马兜铃（北馬兜鈴）

别　　名　臭葫芦、吊挂蓝子。



图 17-160 馬兜鈴
1—花枝；2—果

识别要点 多年生草质藤本。茎丛生，绿色有纵棱，捻揉有香气；叶互生，阔卵形；叶腋抽出长梗，开绿花；果实长圆形，有长柄，下垂象挂马脖子下的铃铛（图 17-160）。

生长习性 林边、山沟旁、灌木丛中。

采集加工 果实、根（青木香）、茎（天仙籐）入药。果实秋季初熟（绿褐色）时采，（过嫩不易干燥，干后好抽皱，过老色发白，易破碎）；根春秋采；茎夏秋采；切碎，晒干备用。

162. 酸　　浆

别　　名 红姑娘、灯笼果、挂金灯、锦灯笼。

识别要点 一年或多年生草本。茎高1～2尺；叶互生，有长柄；花黄色，象茄花；浆果球形，包在红灯笼样的花萼中，生时青色，熟时红色，味酸甜微苦（图 17-161）。

生长习性 田间、路旁、沟旁、地梗、林旁。

采集加工 带花萼的成熟果实入药。秋季花萼红黄时采，串起晒。备用。

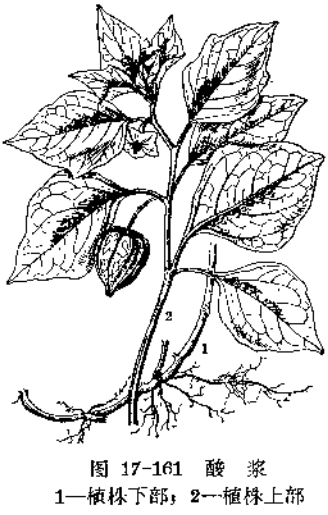


图 17-161 酸　浆
1—植株下部；2—植株上部

153. 瓜　蒌
(瓜蒌仁、天花粉)

别　　名　栝楼。

识别要点　多年生草质藤本。块根肥厚，入地深；茎深绿，丛生，长2～3丈；叶互生，有长柄；开白花，雌雄异枝；果卵圆形，生时深绿，熟时橙红（图17-162）。

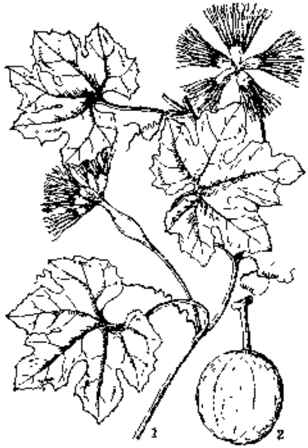


图 17-162　瓜　蒌
1—雌花枝；2—果

生长习性　山间地埂上质较厚的地方。

采集加工　果皮、种子、根（天花粉）入药。果皮为瓜蒌，种子为蒌仁，根为天花粉。深秋采果后去柄挂起后阴干；根于3年后的春秋挖出，去泥，刮去外皮，晒干，润透切片，备用。

154. 木　瓜



图 17-163　木　瓜

别　　名　香木瓜、木梨、铁梨。

识别要点　落叶灌木或乔木。树皮棕褐色，平滑，有刺；叶面光滑，背面有淡棕毛绒毛，有短柄，革质；花绯红至白色，花瓣5片；果卵圆形，深黄色，木质，有香气（图17-163）。

生长习性　北方有栽培。

采集加工　果入药。成熟时采，切片，经日晒夜露至颜色变红，生用或炒用。



图 17-164 山核桃

1—花枝；2—叶；3—果；4—果核

155. 山 核 桃

别　　名 山蟹、核桃楸、楸子树。

识别要点 多年生落叶乔木。高数丈，嫩枝叶有粘腻感，叶痕象"猴脸"；叶单数羽状复叶；核果卵形，绿色似青桃，外有腺毛（图 17-164）。

生长习性 山谷、山间、山脚、坡地、地埂阳光充足的地方。

采集加工 果实入药。夏季将青果采下，立即捣碎泡酒，备用。秋季成熟果实采下，用柴草捂几天，去果皮，晒干砸壳取仁备用。

156. 吴 茱 萸

别　　名 曲药子、气辣子、臭辣子树。

识别要点 常绿灌木或小乔木。老枝暗褐色，幼枝紫褐色；叶、花轴均被褐色至黄锈色柔毛；叶对生，单数羽状复叶；开白色花，顶生，聚伞圆锥花序；蒴果球形，常分裂成 5 个革质瓣（图 17-165）。（有小毒！）

生长习性 山地、路旁、疏林下。



图 17-165 吴茱萸

采集加工 果实入药。秋季果呈茶绿色时采，晒干，烤干备用。

157. 乌　梅


图 17-166 乌 梅

别　　名 白梅、梅、春梅、酸梅子。

识别要点 落叶灌木。高数丈，树皮棕灰色，小枝细长、绿色，枝端有刺；花红白色或淡红色，初春叶未出时先开放；核果卵形，很象小杏，生时青色，熟时变黄（图 17-166）。

生长习性 现甘肃、陕西等地已有栽培。

采集加工 果实入药。果未熟时摘，焙干备用。

158. 金　樱　子
（美蔷薇）


图 17-167 金樱子

识别要点 落叶灌木。茎高丈余，枝条上有细长坚硬的刺；单数羽状复叶，叶轴和叶柄有腺体和柔毛；开粉红色花，芳香；果实椭圆形，鲜红色被腺毛（图 17-167）。

生长习性 山坡疏林中。

采集加工 根、果实入药。全年可采根，去泥洗净，晒干。秋末采果，除刺，切开去仁及毛刺，蒸后晒干备用。



图 17-168 野罂粟
1—植株；2—果

159. 野 罂 粟

别　　名 山米壳、山大烟、野大烟。

识别要点 多年生草本。茎高1～2尺，全株有硬毛，折断冒白浆；根生叶丛生；花黄色、杏黄色或白色，顶生花冠4瓣；蒴果椭圆形，有盖（图17-168）。

生长习性 草原山野、河岸沙地。

采集加工 果壳入药。夏秋采，晒干备用。

160. 山　　楂

别　　名 山楂果、山里红。

识别要点 落叶乔木或灌木。树高2丈余，树枝有刺；叶片羽状分裂，有光泽，叶脉有短柔毛；开5瓣白色小花，常聚生；果球形，成熟时深红色，味酸稍甜，表面有细小白点（图17-169）。

生长习性 山区砂石地。

采集加工 果实入药。秋季果成熟时采，切片晒干，生用或炒用。



图 17-169 山 楂
1—果枝；2—花

161. 山 茱 萸

别　　名 萸肉。

识别要点 落叶灌木或乔木。树高2～3丈；叶对生，背面密生褐色绒毛；花簇生于小枝顶端，于叶未出时开放，伞形花序；核果长椭圆形，光滑，熟时红色，干后皮皱象葡萄干状（图17-170）。

生长习性 山坡、灌木林中。



图 17-170　山茱萸

采集加工 果实入药。秋季采，用火烘焙，去掉种子，将果肉晒干或烘干用。也可将果肉用黄酒拌匀(每10斤用黄酒2斤)，蒸約7～8小时，晾干。



图 17-171　东北鹤虱
1—植株上部；2—花；3—果

162. 东 北 鹤 虱

别　　名 赖毛子、蓝花蒿、粉珠子。

识别要点 一年或二年生草本。茎高2～3尺，全株密生灰白色硬毛；叶互生，披针形或线状披针形；花淡蓝色，细小，集生于上部叶腋及顶部；小坚果扁三棱形，灰褐色，有倒钩刺，易沾人衣和鸟羽，故名鹤虱（图17-171）。(有小毒！)

生长习性 田边路旁、砂质草地，小山坡上。

采集加工 果实入药。秋季采，晒干备用。

［注］ 除此品外，胡萝卜子、天名精子、窃衣子也作鹤虱用，其中胡萝卜子使用地区较广。

163. 柿　蒂

采集加工 柿蒂即柿子把，秋冬随时采收，洗净，晒干备用。

164. 苦　丁　香（甜瓜蒂）

别　　名 瓜丁、甜瓜巴。

采集加工 瓜蒂入药。熟后摘瓜取蒂，晒干备用。（有小毒！）

165. 牛　蒡
（牛蒡子、牛蒡根）



图 17-172 牛　蒡
1—花枝；2—花；3—果

别　　名 大力子、牛子、老母猪耳朵、鼠粘子、老鼠怕、黑风子、恶实。

识别要点 二年生草本。高 3～5 尺，茎直立，上部分枝；叶大，卵形或心形，背面有白毛；果实球形，有钩刺，内有种子，黄白色；根粗壮，锥形，带有很多毛根（图17-172）。

生长习性 山涧、沟溪边、草地、湿地。

采集加工 根、果实入药。9～11 月间果熟时，割下全草或剪下果枝，晒干，打下果实，簸净，生用或炒用。春秋采根。

166. 女　贞　子

别　　名 冬青子、冬青树子、水蜡树子。

生长习性 温暖、潮湿地方，黄河流域有栽培。

采集加工 果熟时，采下入药。晒干备用。

167. 茴　香

（小茴香）

别　　名　小怀香。

生长习性　种植（图17-173）。

采集加工　果实入药。晒干，生用或盐水拌炒用。



图 17-173　茴　香
1—植株上部；2—花；3—果

168. 五　味　子

别　　名　山花椒，北五味子。

识别要点　多年生木质藤本。藤长1～2丈，缠绕于灌木上，皮捻之有花椒气；叶互生或簇生，绿色膜质；花黄白色，有香气，雌雄异株；浆果球形，成熟时红色，嚼之酸、甜、苦、辣、咸五味具全（图17-174）。

生长习性　深山树林、灌木丛中。



图 17-174　五味子
1—花枝；2—果

采集加工　果实入药。果成熟时采下晒干。或用黄酒拌匀(每10斤用黄酒2斤)，蒸約4小时至黑色，晾干备用。

169. 山　椒



图 17-175 山 椒

别　　名 天椒、山花椒、狗椒。

识别要点 落叶灌木或小乔木。树高丈余，枝有皮刺；单数羽状复叶，叶面有油腺点，捻之有花椒气味；花甚小，绿色，伞房状圆锥花序；果圆形，绿色或紫色，熟后裂开，露出黑亮种子，果皮有辛辣香味（图 17-175）。

生长习性 山坡、地埂、山野疏林中。

采集加工 根及果实入药。秋后采，晒干备用。

五、种子入药

170. 车　前　子

别　　名 驴耳朵菜、车前草、车轱辘菜、合苞菜、鞋底片。

识别要点 多年生草本。茎高数寸到1尺，下有须状根；叶根生，有长柄；生白色花穗；蒴果，内有棕黑色细小种子(车前子)(图17-176)。



图 17-176 車前

生长习性 湿地、山溪、沟旁、路边。

采集加工 全草及种子入药。全草夏割，洗后晒干。种子须秋割成熟果穗，搓出种子，晒干备用。

171. 黑　芝　麻

别　　名　胡麻、油麻。

采集加工　种子入药。成熟时割下，立起晒干，打下种子生用或微炒用。

172. 沙　苑　子
（扁茎黄芪）

别　　名　潼［音同，tóng］蒺藜、沙苑蒺藜。

识别要点　多年生草本。茎略扁，匍匐丛生，高2～3尺，表面疏生短硬毛；叶单数羽状复叶，叶背有短硬毛；花黄色或白色；荚果纺锤形，种子黑棕色，扁平肾圆形（图17-177）。



图 17-177　沙苑子
1—植株一部分；2—果枝；3—种子

生长习性　山野，种植。

采集加工　种子入药，秋果熟未裂开时收割，打下种子晒干备用。

173. 菟　丝　子

别　　名　豆寄生、黄絲、兎儿须、黄油絲。

识别要点　寄生草本。蔓橙色，发亮，无叶，如絲状，纏绕在豆类或其他植物上；花白色，筒状，五裂；花落结圆形如小米饭粒大的黄褐色蒴果，内有种子3～4粒，即菟絲子（图17-178）。

生长习性　寄生于豆类或其他植物上。

采集加工　种子入药。秋收，晒干，用水或酒拌后蒸熟，晾干备用。



图 17-178 蓖麻子
1—植株；2—花；3—花冠剖开；4—种子

174. 蓖 麻 子

别　　名 大麻子。

采集加工 种子、叶入药。夏采叶，秋采子，晒干备用。（有毒！）



图 17-179 王不留行
1—花枝；2—花瓣；3—果

175. 王 不 留 行

别　　名 王不留、奶米、麦蓝菜。

识别要点 一年或二年生草本。茎直立，全株有白粉，茎节膨大；叶对生，粉绿色；花甚小，顶生，淡红色；蒴果包在膨大的有五棱的萼筒内，种子球形，黑有细点（图 17-179）。

生长习性 山地、路旁和丘陵地。

采集加工 种子入药。夏秋种

子成熟采全草，晒，果壳自裂，收种子除杂质备用或炒爆花用。

176. 草 决 明

别　　名 决明子、马蹄决明。

识别要点 一年生草本。茎高2～3尺，下部茎木质化，全株有短柔毛；叶互生，双数羽状复叶，小叶常3对；花成对腋生，黄色；荚果线形，种子菱形黄棕色（图17-180）。

生长习性 栽培或野生。

采集加工 种子入药。秋末荚果变黑时清早乘潮割，晒干去荚，簸净备用。

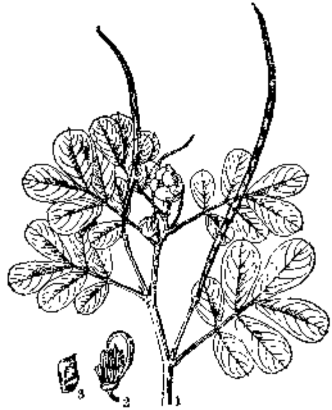


图 17-180　草决明
1—花、果枝；2—雄蕊和雌蕊；3—种子

177. 莱 菔 子（萝卜子）

采集加工 种子入药。种子成熟时采，晒干备用。

178. 白 扁 豆

别　　名 扁豆、蛾眉豆、藤豆、眉豆。

生长习性 肥沃砂质土壤，种植。

采集加工 种子入药。秋采子，生用或微炒用。

179. 白 芥 子

别　　名 芥菜子。

生长习性 人工栽培。

采集加工 种子入药。生用或微炒。

180. 青 葙 子

别　　名　野鸡冠、青葙。

识别要点　一年生草本。茎圆，青白色，直立，高2～3尺；叶纸质；花细小淡红色，后变白色；蒴果圆形，内有黑色发亮的种子（图17-181）。

生长习性　田边、地埂、潮湿的小沟中。

采集加工　种子入药。秋割，晒干备用。夏秋采茎、叶，也供药用。



图 17-181　青葙子

181. 芡　　实

别　　名　鸡头米、鸡头果。

识别要点　一年水生草本。全株有很多尖刺，叶圆盾形，直径2～4尺，浮生于水面，表面绿色，背面紫色；花紫色，花梗粗长，浆果紫红色，很象鸡头，内有多数黑色种子（图17-182）。

生长习性　泥质池塘中。

采集加工　种子入药。秋季成熟时采下，晒干去壳取仁，生用或炒黄用。

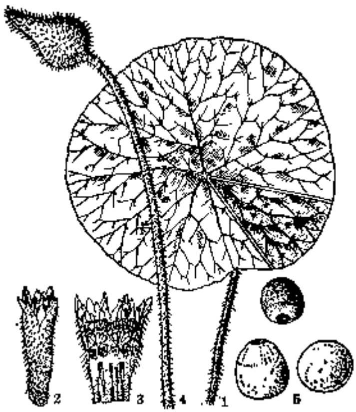


图 17-182　芡

1—叶；2—花；3—花剖开；4—果；5—种子

182. 酸 枣 仁

别　　名 棘刺。

识别要点 落叶灌木。高数尺至1丈，枝上有针刺；叶互生，长卵形，有光泽，有三条叶脉；花黄绿色，生长叶间；果球形或长圆形，生时青色味酸，熟时暗红酸甜，内有长圆形核1枚（图 17-183）。

生长习性 林边、岸头、向阳山坡。

采集加工 果仁(酸枣仁)入药。秋季采果，去肉捣取果仁，生用或炒用。

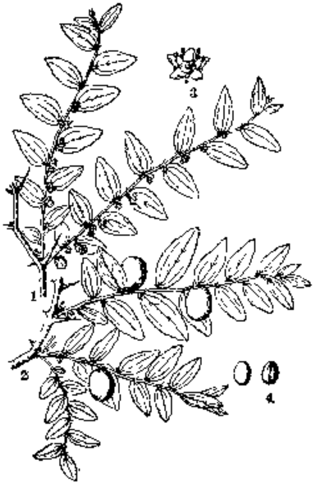


图 17-183 酸 枣
1—花枝；2—果枝；3—花；4—种子

183. 桃仁（山桃）

采集加工 种仁入药。秋采果，去壳取仁，放沸水中略烫，晒干或微炒备用。（有小毒！）

184. 苦杏仁（山杏）

生长习性 落叶乔木，生于山坡、灌木丛中。

采集加工 种仁入药。初夏收集，去壳取仁，放沸水中略烫，去皮，晒干，炒黄备用。配方时捣碎。（有小毒！）

185. 白果（銀杏）

别　　名 公孙树。

生长习性 多人工栽植。

采集加工 种子入药。霜降后打落成熟种子，放缸中沤烂，除去肉质外皮，洗净晒干。用时碰去外壳。

六、叶、茎入药



图 17-184 通 草
1—小枝；2—花序

186. 通 草

别 名 通条树、通树草。

识别要点 多年生小乔木或大灌木，高丈余。幼枝绿色或褐色，有光泽；叶卵形或长圆形，表面绿色，叶背灰绿色；花腋生，钟状，黄色，先开花后出叶；浆果球形（图17-184）。

生长习性 多见于山坡丛林中。

采集加工 茎髓入药。秋将嫩树枝砍下，剪去过细或过粗的枝茎，用细木棍将髓捅出，用手拉平，晒干备用。

187. 木 通

别 名 木通马兜铃、万年藤、马木通。

识别要点 多年生木质藤本。蔓长1～2丈，灰色，常缠绕大树上，散生淡褐色长圆形大皮孔；小枝暗紫色，有毛，质轻、坚硬，断面黄色，有很多管状小导管，断面有放射状线；叶表面绿色无毛，背面淡绿有短毛；花筒呈马蹄形，上部膨大，外淡绿，内有

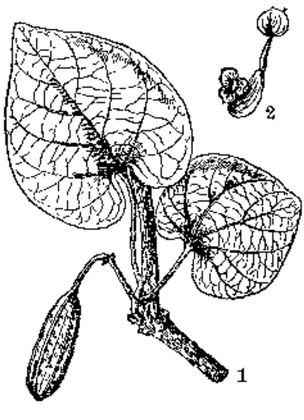


图 17-185 木 通
1—果枝；2—花

紫色圈及斑点；蒴果暗褐色，圆柱状，顶端裂开（图 17-185）。

生长习性 高山背阴坡的林从及林边。

采集加工 茎入药。冬春采，去外皮，晒干，切片备用。

188. 钩　藤

别　　名 挂钩藤、老鹰爪、双钩。

识别要点 木质常绿藤本。蔓长丈余，小枝四棱，光滑，叶腋有对生的两钩，钩尖向下弯曲似鹰爪；叶纸质，叶面光滑无毛，背面有粉白色短毛；花黄色，呈绒球状（图 17-186）。

生长习性 山谷、溪边。

采集加工 药用带钩的茎枝。秋末采，去枝梗切段，晒干备用。

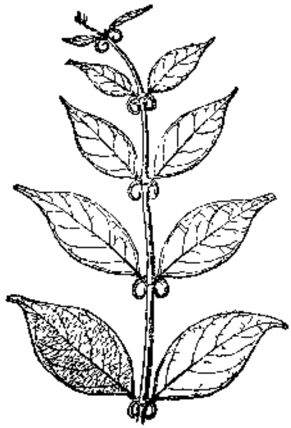


图 17-186　钩　藤



图 17-187　暴馬子

189. 暴马子（暴馬丁香）

别　　名 棒棒木，

识别要点 多年生灌木。高 1～3 丈，树皮灰褐，有横线纹，皮味苦；开白色花；果冬天裂开，象小鸭嘴（图 17-187）。

生长习性 山间、林内、河岸。

采集加工 树干、茎枝入药。四季可采，晒干或鲜用，用时刨片备用。



图 17-188 满山紅
1—果枝；2—花

190. 满山紅（兴安杜鹃）

别　　名 映山红、迎山红、紫山红、山崩子。

识别要点 多年生常绿灌木。高3～4尺，枝脆；叶近革质，长圆形，冬季卷成长筒状，揉后有香气，嚼之味苦涩；春开紫红色花，先开花后出叶（图17-188）。

生长习性 丘陵地带山坡上。

采集加工 叶入药。秋采，晒干备用。

191. 熊果叶（越橘）

别　　名 红豆、苔桃、牙疙瘩、岩桃。

识别要点 常绿矮小灌木，高数寸。枝细小，灰褐色，上有白色毛；叶革质较厚，椭圆或倒卵形，表面暗绿，有光泽，背面灰白；花红色，簇生于枝端；浆果球形，熟时红色（图17-189）。（有小毒！）

生长习性 山坡针叶林内或高山上。

采集加工 叶、果入药。秋季采集，晒干备用。



图 17-189 熊果叶
1—植株；2—花

192. 淫 羊 藿

别　　名 羊藿叶、三枝九叶草、铜絲草。

识别要点 多年生草本，高近尺。根茎横走，木质状根，须根较多；叶二回三出复叶，共有小叶9片；花黄白色，有花瓣4片，顶部延长成小角状，总状花序（图17-190）。

生长习性 杂木林及灌木丛中。

采集加工 叶入药。夏秋采集，阴干生用或炒用。

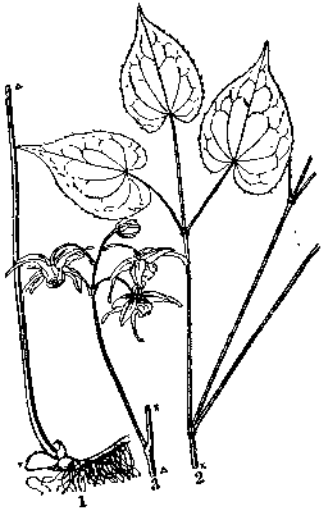


图 17-190 淫羊藿

1—植株下部；2—叶枝；3—花序枝

193. 侧 柏 叶

采集加工 叶、种子(柏子仁)入药。叶全年可采，阴干，生用或炒炭用。秋季采种子，打落晒干，去外壳，簸净取仁。

194. 艾 （艾蒿）

识别要点 多年生草本。高2～3尺，茎有灰白色绒毛，直立，上部分枝；叶互生，羽状深裂，背面密生灰白色小毛，茎下部的叶大，于开花时枯萎；花紫红色，头状花序。全草揉搓有香气(图17-191)。

生长习性 山沟、阴湿草地、河边草丛中。



图 17-191 艾

1—花枝；2,3,4—叶；5—花序

采集加工 叶、茎入药。夏采茎叶，晒干备用。

195. 接 骨 木

别　　名 毛接骨木、马尿骚。

识别要点 落叶灌木。高1～2丈，树干有较厚的软木皮，木中有髓；嫩枝、叶、花均有毛；叶对生，单数羽状复叶，叶柄有一对暗赤色腺，有马尿味；花小，暗黄或白绿色，圆锥花序；果生时青色，熟时红色（图 17-192）。

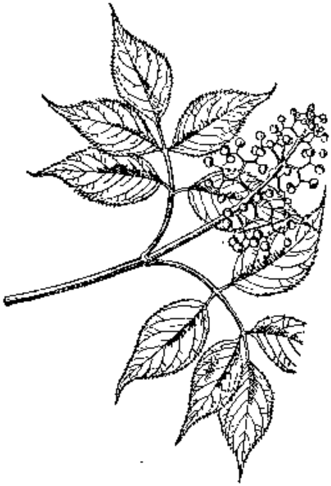


图 17-192　接骨木

生长习性 山坡丛林。

采集加工 根皮、嫩枝入药。春采根皮，全年可采枝，晒干，切碎备用。

196. 寄　　生

别　　名 冬青、桑寄生、槲[音胡，hú]寄生。

识别要点 寄生小灌木本。寄生于桦、槲、柳等大树叉上；茎黄绿色，分枝多，无毛；叶对生，肉质无柄；雌雄异株；浆果球形，青至黄色，果裂后见红色的假种皮（图 17-193）。

生长习性 寄生于桦、榆、杨、柳、槲、桑等。

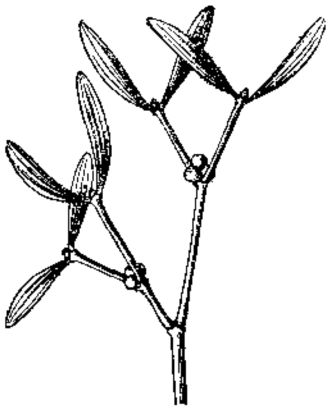


图 17-193　桑寄生

采集加工 全株入药。四季可采，以冬天采的为佳，晒干备用。

七、皮 入 药

197. 五加皮（刺五加）

别　　名　五加、南五加皮、香五加、刺拐棒。

识别要点　落叶灌木。高数尺～1丈，枝上有刺，皮有香气；叶互生，有长柄，掌状复叶，边缘有锯齿；伞形花序顶生，球形；果球形，紫黑色，干后有五棱（图 17-194）。

生长习性　深山溪边、山沟及丛林中。

采集加工　根皮入药。春秋采集，剥下，晒干备用。



图 17-194　刺五加
1—果枝；2—花

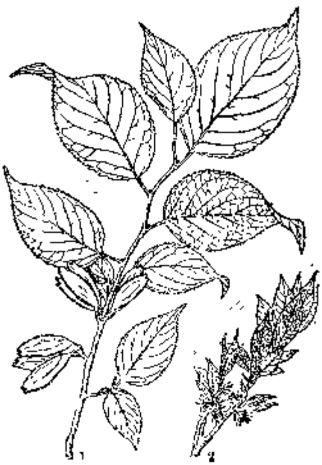


图 17-195　杜仲
1—果枝；2—花枝

198. 杜　　仲

别　　名　思仲、玉絲皮。

识别要点　多年生落叶乔木，高5～6丈。树皮棕灰色，皮及小枝折断有弹性的细白絲相连；叶互生，边缘有锯齿；花单生，雌雄异株；翅果扁平，长椭圆形（图 17-195）。

生长习性　种植。

采集加工　皮入药。春发芽后剥皮，晒干闷透，切絲备用。



图 17-196 臭 椿

199. 臭椿（椿白皮、凤眼草）

别　　名 樗[音书，shū]树、椿树、臭椿树。

识别要点 落叶乔木，高数丈。皮光滑，青灰色，有斑，味苦；叶互生，单数羽状复叶，表面绿色，背面灰绿色；花小，黄绿色，圆锥花序；翅果，圆形，生时黄绿色，干时红褐色（图 17-196）。

生长习性 向阳山地、路旁，或培植。

采集加工 根皮（椿白皮）、果（凤眼草）入药。春夏采根皮，剥去粗皮，切丝晒干；秋末采果实，晒干备用。

200. 黄　　柏

别　　名 元柏、黄菠萝树。

识别要点 落叶乔木，高 3～8 丈。木质坚硬，外皮灰色，软木状的栓皮很厚，内层鲜黄色，味极苦；叶对生，单数羽状复叶，有特殊臭气；花色黄绿，圆锥花序，雌雄异株；果球形，熟后紫黑色（图17-197）。

生长习性 深山、河边、溪旁树林中。



图 17-197 黄 柏
1—果枝；2—雄花；3—雌花；4—皮；5—除去木栓的皮

采集加工 皮入药。伐后剥下树皮，剥去栓皮，晒干备用。

201. 秦皮（花曲柳）

别　　名 白腊树、大叶梣[音 cén]。

识别要点 多年落叶乔木，高数丈。树皮光滑，灰色，有块状白斑，放水中显蓝色荧光。叶对生，单数羽状复叶；圆锥花序；翅果倒披针形，刀状(图17-198)。

生长习性 山沟、山坡丛林。

采集加工 皮入药。伏天剥取树皮，润透切细备用。



图 17-198 秦 皮

202. 厚　朴

识别要点 乔木，树高数丈。幼枝绿棕色，被绢毛；老枝灰绿色，光滑，皮孔大，圆形或椭圆形；叶互生，倒卵形，革质，叶背中脉明显凸出；花单生枝端，黄白色，有香气；蓇葖果扁椭圆形（图17-199)。

生长习性 气候温暖湿润的山麓杂树林中。

采集加工 树皮或根皮入药。5～7月伐树，剥皮，晒干，切絲备用。



图 17-199 厚 朴
1—花枝；2—树皮一部

203. 苦楝

(苦楝皮，苦楝子)



图 17-200 苦 楝

别　　名 金铃子(果)。

识别要点 落叶乔木，高4丈余。树皮深棕色，有纵裂纹；幼枝棕绿色，有星状毛；叶互生，二回羽状复叶，有长柄；花淡紫色，圆锥花序；果圆形，熟时黄色有光泽；种子线状菱形，黑色(图17-200)。(有小毒!)

生长习性 村落山坡，田园路旁，多为栽培或半野生。

采集加工 根皮、果（苦楝子）入药。根皮四季可采，以春冬为好。伐后剥根皮，去净粗皮，晒后切碎。果于成熟时采，晒干备用。

204. 牡 丹 皮

别　　名 木芍药、洛阳花。

生长习性 种植。

采集加工 根皮入药。春秋采挖，去须根，剥下根皮，晒干，润透切片备用。

八、动物、矿物类

205. 蝉　　蜕

别　　名 蜘蟟皮、蚱蟟、蝉衣。

识别要点 外形似蝉而无翅，茶褐色，中空，半透明。

生长习性 多见于杨、柳、榆、槐树上。

采集加工 三伏天收集，去泥备用。

206. 僵　蚕

别　　名　白僵蚕、僵虫、天虫。

识别要点　为将吐丝而感染白僵菌病死的家蚕幼虫。虫体弯曲，质坚而脆；折断面平坦，外层白色，中间棕黑色，有光丝。

采集加工　将感染白僵菌的死蚕倒入石灰中拌匀，吸去水分，晒干备用。

207. 地　龙

别　　名　蚯蚓、曲蟮、土蟺、曲虫、赤虫。

采集加工　虫体入药，温水泡洗，去粘液，用草木灰拌后剖开，洗去内脏泥土，晒干备用。

208. 全　蝎

别　　名　全虫、蝎子。

采集加工　全虫入药。活动期捕，谷雨前后20天捕捉最好。捉后置清水中，待吐尽泥土后，捞出，再放盐开水中煮3～4小时，捞出晒干备用。（有毒！）

209. 土 鳖 虫

别　　名　土元、臭土鳖、簸箕虫、地鳖虫、婆婆虫。

生长习性　多见于墙基灶脚，老屋地板下和柴草垛中。

采集加工　全虫入药。夏秋捕，放沸水中烫死，去足焙干，备用。（有小毒！）

210. 蟾蜍（蟾酥）

别　　名　癞蛤蟆。蟾酥：癞蛤蟆酥、癞疤子酥、疥疤子酥。

生长习性　多穴居在泥水中或潜在石下及草丛中，冬季在水底污泥中冬眠。

采集加工　夏季捕，洗净，去内脏，用竹篾绷住晾干。取酥法：用铜镊子或竹镊子刺癞蛤蟆耳后腺或背上泡，将浆液刮到瓷罐中（忌

铁器，否则要变黑），而后将浆液过滤，晒干备用。（有毒！）

加工时勿使浆液溅入眼中，防毒，一旦入眼，可用紫草根汁洗眼消肿。

炮制（1）酒制：将蟾酥块捣碎，放磁罐中加白酒浸渍（每1斤蟾酥加酒2斤），时时搅动，直至完全溶化成稠膏状、晾干研末即成。

（2）乳制：每斤蟾酥加鲜牛奶2斤，浸法同上。

211．蜂　　房

别　　名 马蜂窝、露蜂房、大黄蜂窝。

生长习性 多见于房檐下。

采集加工 四季可采，去死蜂及蛹备用。（有毒！）

212．鸡　内　金

别　　名 鸡肫皮。

识别要点 家鸡胃的内膜。黄色片状，有皱纹，干后质脆易碎，断面似胶质而有光泽。

采集加工 杀鸡后取胃的内膜，洗净晒干，备用。

213．桑　螵　蛸

别　　名 刀螂子，螳螂窝，螳螂蛋。

识别要点 螳螂的卵块，长椭圆形，黄褐色，坚硬，中间有脊，外被纸状物，多粘附于细小树枝上，有腥气味，剖开有多数椭圆形卵（图17-201）。

采集加工 秋冬采，蒸熟灭卵，晒干或盐水炒，备用。

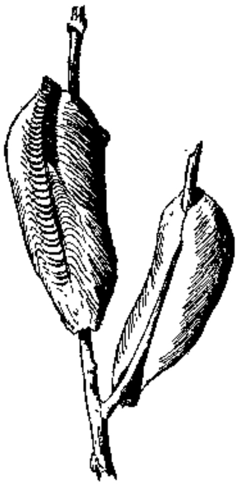


图17-201　桑螵蛸

214. 五 灵 脂

别　　名　草灵脂、寒雀粪、寒号虫屎。

识别要点　鼯〔音吴，wú〕鼠科橙足鼯鼠类动物干燥的粪便。鼯鼠棲息于长有柏树的岩石陡壁上的石洞中或岩缝上昼伏夜出。

采集加工　冬采，去杂质，生用或醋炒用。

215. 水　　蛭

别　　名　水蚂蟥。

采集加工　夏季捕捉曝干，焙黄备用。

216. 虻　　虫

别　　名　牛虻、睦蠓。

采集加工　药用雌虻虫体。夏捕后用线穿起，晒干微炒备用。

217. 石 决 明

别　　名　鲍鱼壳、九孔腮。

识别要点　盘大鲍的贝壳。质坚形大，如耳状；壳面绿褐色，常有石灰虫或苔藓类附生，边缘有一列突起，突起顶端有小孔，壳内面有珍珠光泽，外缘很薄，如刀刃状（图 17-202）。

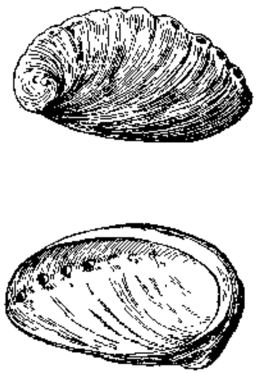


图 17-202　盘大鲍

生长习性 海底较深的石礁上。

采集加工 壳入药。夏秋采集，去肉洗净，晒干备用。

218．牡　　蛎

别　　名 海蛎子壳、大蛎子壳。

生长习性 生于浅海岩石上。

采集加工 贝壳入药。四季可采，去肉，洗净，晒干，碾碎或火煅备用。

219．石　　膏

采集加工 挖出后去泥及杂石，生用或煅用。

220．龙　　骨

别　　名 土龙骨、粉龙骨。

识别要点 为古代脊椎动物化石，以五花龙骨为好。五花龙骨为淡黄白色，杂有蓝灰色、红棕色花纹的块状物，吸湿性很强，表面光滑，质硬而脆。

采集加工 全年可采，去杂质，碾碎备用。

用　　药

祖国医学用中草药治病，不仅着眼于消除病邪——致病因素，而且更重视扶助正气——人体抗病能力。

祖国医学运用中草药治病的方法，归纳起来，有“八法”——汗、吐、下、和、温、清、补、消。一般情况下，寒证宜温，热证宜清，虚证宜补，实证宜下，在表宜汗，在里宜下，痰食积聚、瘀血、肿胀宜消，等等。这是中草药治病的基本方法，但不是固定不变的。如同一疾病，可因人、因时、因地、因证的不同，采用不同的治疗方法。“八法”可以单用，也可以合併使用。配方用药上，有主治药物和辅助药物，相助药物和相抑药物之分。要充分了解病情，揭露疾病的矛盾，才能正确配方用药，达到疗效。

中草药的用量，多数在1～3钱之间。大体上说，药性猛烈，质地轻（如花、叶），用量小；药性平和，质地重（如根、矿物），用量大；鲜药用量比干药大；单方用药比复方大。老人、妇女、体弱的病人用量小些；小儿用量酌情减少，一般1～5岁为成人的$\frac{1}{4}$，6～15岁为成人的$\frac{1}{2}$，16岁以上用成人量。毒性较大，行气破血，峻烈泻下的药物，孕妇慎用，如巴豆、大戟、枳实、厚朴、桃仁、红花、大黄等。

服药方法，湯剂多溫服，呕吐病人宜少量多次或凉服。补养药饭前服，杀虫药空腹服，安神药睡前服。一般湯剂每剂煎2～3次，分2次口服。服药期间最好不吃生冷、油腻及刺激性食物。

下面将常用的中草药，按功能加以分类介绍，当然这只能代表药性的一个方面。对中草药的全面了解、掌握，还靠我们在医疗实践中遵照毛主席"**要认真总结经验**"的伟大教导，观察疗效，找出规律，不断总结，不断提高。只有这样，才能更好地发掘中草药这个宝藏，在中国和世界医学领域中放出更加夺目的光彩，做出更大的贡献。

一、解 表 药

凡能治疗外感表症的药物，统称解表药。由于外感表症一般分为风寒、风热两种，所以此类药物又分为辛溫解表和辛凉解表两大类。

分类	药名	性味与功用	主治	用量
辛溫解表药	白芷	辛溫。发表祛风，止痛活血，排脓消肿	感冒头痛，牙痛，鼻炎，鼻竇炎，疮瘍肿毒等	1～3錢
	辛夷	辛溫。溫散风寒，清脑，通鼻	急性鼻炎，鼻竇炎，慢性鼻炎	8分～1.5錢
	蒼耳子	廿辛溫。解表散风，除濕	风濕性关节炎，麻木，鼻竇炎，风寒头痛等	1～2錢
	紫苏薄荷	甘微溫。解表，透疹，利尿	麻疹不透，小便少，胎动不安	5錢～1.5兩
	荆芥	辛溫。散寒解表，疏风解痙，止血	风寒表症，月經过多，崩漏，小儿热惊厥，湿疹	2～3錢

续表

分类	药名	性味与功用	主治	用量
辛温解表药	細辛	辛溫。散风祛寒，溫肺化痰，止痛开窍	风寒表症，痰多，咳逆胸满，风寒牙痛等	5分～1錢
	防风	辛甘溫。祛风发表，去湿止痛	感冒风寒，头痛无汗，关节痛，半身不遂，口眼歪斜，偏头痛等	1～3錢
	麻黄	辛苦溫。发汗平喘，宣肺利水，根能止盗汗、數汗	风寒感冒，发热恶寒，无汗而喘，急性支气管肺炎，哮喘等	5分～3錢
	鵝不食草	辛溫。通窍，祛湿，驅风，消毒	过敏性鼻炎，鼻竇炎等	1～3錢
	藁本	辛溫。散寒发表，止痛，祛风湿	风寒感冒，头痛，身痛等	8分～2錢
	紫苏	辛溫。叶：散寒发表；梗：理气宽中，安胎；子：祛痰止咳，下气定喘	风寒感冒，头晕头痛，咳嗽痰多，气喘胸悶，胸满腹痛，胎动不安等	1.5～3錢
辛凉解表药	升麻	甘辛微寒。散风解毒，活血散瘀，升阳透气，排膿生肌	麻疹不透，子宫脱垂，胃下垂，胃火头痛，牙痛，咽喉肿痛	8分～1.5錢
	狹叶柴胡	苦微寒。解热开郁，调經平肝，和解表里	寒热往来，胸脇滿悶，心煩欲吐，肝气郁結，脇痛，胃下垂，子宫下垂	2～3錢
	牛蒡子	辛寒。疏风散热，宣肺透疹，利咽解毒，消腫止痛	麻疹不透，感冒咳嗽，喉炎咽肿，腰腿疼痛	2～3錢
	浮萍	辛寒。发汗透表，行水	麻疹不透，蕁麻疹，浮肿，小便不利等	2～3錢
	葛根	甘辛平。解肌退热，生津止渴	感冒項强，麻疹不透等	2～4錢
	蟬蜕	咸甘寒。散风热，透疸疹，解痙	风热感冒，破伤风，小儿惊厥	1～3錢
	薄荷	辛凉。解表透疹，散风热，清头明目，止痒	风热感冒，麻疹不出，暴发火眼，皮肤搔痒	1～2錢

二、清 热 药

本类药主治热症。大都有清热、泻火、凉血、解毒、燥湿等作用。

分类	药名	性味与功用	主治	用量
清热降火类	芦根	甘寒。清热生津，止呕除煩，利小便	热性病口渴，麻疹，胃热呕吐，小便短赤	3錢～1两
	靑葙子	苦微寒。淸肝火，散风热	結膜炎，高血压，头暈目眩	1～3錢
	知母	苦寒。淸热，泻胃火，止咳祛痰，潤燥滑腸，安胎	热病高烧，結核潮热，便秘	1～4錢
	夏枯草	苦辛寒。泻肝明目，消炎退热，散結	淋巴結核，高血压，目赤痛，头暈头痛	1～4錢
	密蒙花	甘微寒。淸热明目，杀虫，消肿	角膜炎，靑光眼，白內障等	1～2錢
	谷精草	辛甘微溫。散风热，明目退翳	結膜炎，角膜云翳，风热头痛	3～5錢
	石膏	辛甘寒。淸热降火，止渴除煩，淸肺胃实热	流感，乙腦，高热，胃火头痛，牙痛	5錢～2两
	草决明	咸平。淸肝火，除风热，益腎明目	高血压，头痛，急性結膜炎，靑光眼，白內障	2～3錢
	木賊	甘微苦平。疏风散热，退目翳，止血	結膜炎，角膜炎，便血	1.5～3錢
	黄芩	苦寒。泻肺火，淸湿热，安胎止血，凉血	肺热咳嗽，煩渴，高血压，衄血，胎动不安	1～3錢
	龙胆草	苦寒。淸湿热，泻肝火，明目利胆，消炎	黄疸肝炎，胆囊炎，高血压，結膜炎等	2～3錢
淸热凉血药	白薇	苦咸寒。淸热凉血，消炎退肿	結核潮热，虚热出汗等	3～5錢
	白茅根	甘寒。淸热凉血，利胆利尿，止血	肺热胃热，呕血，尿血等	2～5錢
	牡丹皮	辛苦微寒。淸热凉血，消炎散瘀	月經不調，吐血衄血，急性闌尾炎	1～3錢

续表

分类	药名	性味与功用	主治	用量
清热凉血药	銀柴胡	苦微寒。清热凉血	肺結核潮热，肝炎虛热出汗	1~3 錢
	紫草	甘咸寒。清热凉血，活血，解毒透疹	麻疹，痈肿	1~3 錢
	北玄参	苦咸微寒。滋阴降火，消炎解毒，利咽喉	热病煩渴，丹毒痈肿，淋巴結炎，咽喉炎	2~4 錢
清热解毒药	馬齿莧	酸寒。清热解毒，消肿杀虫	腸炎，赤白痢疾，赤白带下等	2~4 錢
	土茯苓	甘淡平。除湿热，利尿，消炎解毒，杀死各类螺旋体	风湿性关节炎，鉤端螺旋体病，結核	3~8 錢
	龙葵	苦微甘寒。清热解毒，利尿，散瘀。有小毒！	发热头眩，膀胱炎等	2~3 錢
	白头翁	苦寒。凉血止痢，消炎退肿	热性痢疾，淋巴結炎，衄血	3~5 錢
	羊蹄	苦酸寒。消炎退肿，止血杀虫	紫斑，慢性肝炎等	3~5 錢
	金銀花	甘苦寒。消炎退肿	感冒发燒，菌痢腸炎，疮毒痈肿，感染等	3~8 錢
	板蓝根	苦寒。清热凉血，解毒	流脑，乙脑，肝炎，腮腺炎等	2~5 錢
	斑叶兰	淡寒。清热解毒，消炎退肿	毒蛇咬伤，肺結核等	1~2 錢
	蒲公英	甘苦寒。解毒散結	疔毒，乳痈，頸淋巴結核	1~3 錢
	喉咙草	苦寒。消炎止痛	喉炎，扁桃体炎，跌打損伤	3 錢~1 两
	山豆根	苦寒。消肿止痛，驱虫	咽喉肿痛，驱蛲虫等	1~3 錢
	松蘿	甘平。止咳化痰	創伤感染，毒蛇咬伤，結核病	1~3 錢
	紫花地丁	辛苦寒。消炎消肿	疔疮脓肿，感染黄疸等	1~5 錢

续表

分类	药名	性味与功用	主治	用量
清热燥湿药	毛茵連	苦寒。解毒，止瀉	发热煩躁，結膜炎，扁桃体炎；腸炎，痢疾等	1～2 錢
	黃柏	苦寒。清热解毒，瀉火燥濕	菌痢，肝炎，风濕性关节炎，中耳炎，結膜炎	1～3 錢
	苦参	苦寒。清热除濕，祛风杀虫	痢疾便血，濕疹等	2～3 錢
	秦皮	苦微寒。清热明目，燥濕止瀉	痢疾腸炎，急性結膜炎	2～3 錢
	茵陈	苦微寒。清热利濕，清肝利胆	黃疸性肝炎，小便不利，胆囊炎，胆結石	2～6 錢

三、祛 寒 药

凡里寒证如怕冷乏力，四肢发凉，胃腹寒痛，腹瀉等均可用祛寒药，又称为溫里药。

分类	药名	性味与功用	主治	用量
祛寒药	生姜	辛溫。发表散寒，溫中止嘔，消痰行水，解毒	外感风寒，胃寒嘔吐，胃脘胀滿，食物中毒	1～3錢
	吳茱萸	辛苦溫。溫中散寒，下气止痛，有小毒！	胃腹冷痛，吞酸嘈杂，脾胃虛寒，皮疹	5分～1.5錢
	小茴香	辛甘溫。健脾开胃，理气祛风	消化不良，胃寒嘔吐	1～3錢
	草烏	辛大热。溫中逐寒，除风止痛。有大毒！	关节疼痛，手足拘攣，半身不遂，神經痛等	3～8分
	艾葉	苦微溫。溫經止痛，安胎止血	虛寒性月經不調，子宫出血，胎动不安，腸炎痢疾，濕疹等	1～3錢

四、祛 暑 药

能清解暑热的药物为祛暑药。用于夏天中暑和暑湿症（如发热怕冷、烦渴、恶心呕吐、腹泻、胸闷）等。

分类	药 名	性味与功用	主 治	用 量
祛暑药	佩 兰	辛平。解暑利水，健脾胃	伤暑头痛，无汗发热，胸闷腹胀等	1～3錢
	藿 香	辛溫。发汗解表，和胃止呕，祛暑化湿	感冒头痛，中暑，急性胃腸炎	2～3錢
	香 薷	辛微溫。发表解暑，利湿行水	夏季伤暑，头痛发热，恶寒无汗，腹痛吐泻	8分～2錢
	白扁豆	甘微溫。补脾除湿，解毒祛暑	湿热呕吐，腹泻口渴	2～4錢
	青 蒿	苦寒。清虛热，祛暑，止血，利胆	結核发热盜汗，暑令感冒，发热汗出，瘧疾等	1～3錢

五、祛 风 湿 药

有发散风湿、舒筋止痛、强壮筋骨的作用。适用于风湿引起的四肢肌肉、骨节酸痛、屈伸不利等症。治急性风湿症多与解表药配伍用。

分类	药 名	性味与功用	主 治	用 量
祛风湿药	骨碎补	苦溫。补肾，强筋坚骨，祛风湿，活血止痛	腰腿酸痛，风湿性关节炎，瘫瘓，跌打伤	1.5～3錢
	寄 生	甘苦平。强筋骨，祛风湿，安胎养血	腰背酸痛，胎动不安，高血压	2～4錢
	威灵仙	辛咸溫。祛风湿，通經絡	风湿性关节炎，风湿痛，痛风，手足麻木	1～4錢
	独 活	辛苦溫。散寒发表，祛风除湿，鎮痛	伤风头痛，风湿性关节炎，腰腿酸痛	8分～1.5錢
	秦 艽	苦辛平。散风祛湿，舒筋鎮痛	风湿性关节炎，結核病潮热	1～3錢

续表

分类	药 名	性味与功用	主 治	用 量
祛风湿药	豨莶草	苦寒。祛风湿，健筋骨，止痛	风湿性关节炎，高血压，神經衰弱	2～4錢
	斬龙剑	微苦寒。祛风除湿，解毒止痛	风湿性腰腿痛，肌肉痛，感冒，創伤出血，毒蛇咬伤等	2～3錢
	伸筋草	甘温。舒筋活血，祛风散寒，止痛	风湿性腰腿痛，四肢麻木，跌打損伤	2～3錢
	北五加皮	苦辛温。祛风湿，壮筋骨，强腰膝	关节炎，筋骨疼痛	5分～1.5錢
	北蒼朮	苦辛温。健脾燥湿，解热散风	胸腹胀满，慢性胃炎，腹泻，关节炎，夜盲症	1～3錢
	木 瓜	酸涩温。和脾斂肺，平肝舒筋，祛风湿	吐泻引起的轉筋，腰膝疼痛等	1.5～3錢
	野西瓜苗	甘寒。清热，止咳，祛风湿	急性关节炎；风热咳嗽，烧伤	5錢
	兎儿伞	辛微温。祛风湿，止痛，舒筋活血	四肢麻木，腰腿疼痛，跌打損伤，經血不調	2～5錢
	山野豌豆	辛平。散风湿，活血，止痛	风湿疼痛，筋骨拘攣，阴囊湿疹；瘫痪等	3～5錢
	老鸛草	苦微辛平。祛风湿，活血通絡，清热止泻	风湿性关节痛，痢疾肠炎，月經不調	3～5錢
	狗 脊	苦甘温。补肝腎，祛风湿，强筋骨，壮腰膝	风湿性关节炎，半身不遂	1.5～3錢

六、化痰止咳药

凡能减轻或制止咳嗽，以及能祛痰、定喘的药物，称为化痰止咳药。适用于痰多咳嗽，气喘，久咳劳嗽等症。按化痰止咳效用的不同，又可分为下面3种：

1. **温化寒痰药** 用于无热咳嗽，痰呈白色或白色泡沫状。

2. **清化热痰药** 用于有热咳嗽，痰粘稠黄色或呈黄色脓性。

3．**止咳平喘药**　本类药物止咳、平喘作用强，祛痰作用弱，适用于咳嗽、气喘。

分类	药　名	性味与功用	主　　治	用　量
温化寒痰药	白芥子	辛温。利气祛痰，消肿止痛	痰饮咳嗽，胸满气逆，胸胁胀痛，胃寒呕吐。外敷治神经痛，跌、挫伤	1～3錢
	半　夏	辛温。燥湿化痰，止呕。有毒！	慢性支气管炎，咳嗽痰多稀薄；妊娠呕吐	1～3錢
	独角莲	辛甘大温。祛风痰，逐寒湿，鎮痙止痛。有毒！	中风不語，半身不遂，口眼歪斜；关节炎，偏头痛。外用治淋巴結結核	5分～2錢
	地　椒	辛温。解痙祛风，止咳化痰。有小毒！	感冒，百日咳，喉头肿痛。搓成草绳，点燃，可薰蚊	5分～1錢
清化热痰药	满山紅	苦寒。止咳祛痰	慢性支气管炎，咳嗽	1～5錢
	貝　母	甘苦微寒。清热潤肺，化痰止咳	肺燥咳嗽，久咳痰喘，肺結核咳嗽，咯血	1.5～3錢
	瓜　蔞	瓜蔞：甘寒。清热化痰，潤肺止咳，消肿排脓。 瓜蔞仁：甘寒。通便。 天花粉：甘酸寒。生津，止咳，清肺化痰，通乳	瓜蔞：支气管炎，肺結核，咳嗽痰多，胸胁痛；乳腺炎 瓜蔞仁：大便燥結 天花粉：热病口渴，糖尿病，疮肿，乳汁不通	3～5錢
	酸　浆	甘酸微苦寒。清热解毒，祛痰，利尿	肺結核发热，咳嗽，呃逆，咽喉肿痛，小便不利。外敷可治湿疹	1～3錢
	暴馬子	苦微寒。清肺祛痰	慢性支气管炎	5錢～1兩
止咳平喘药	馬兜鈴	苦寒。清肺热，降气平喘，化痰止咳	肺热咳嗽，气管炎，痰多，气喘	1～3錢
	百　部	甘苦微温。潤肺止咳，祛痰，杀虫，止痒。有小毒！	支气管炎，百日咳，肺結核空洞，蛲虫病，蛔虫病，阿米巴痢疾，皮炎，湿疹，皮肤搔痒，荨麻疹。煎湯泡衣可灭虱	1～2錢
	苦杏仁	苦温。祛痰止咳，定喘，潤腸。有小毒！	感冒咳嗽，哮喘，支气管炎，大便干燥	1～3錢

续表

分类	药名	性味与功用	主治	用量
止咳平喘药	款冬花	辛甘温。祛痰止咳，润肺下气	支气管炎，咳嗽，寒喘，肺結核痰多，咯血	1.5～3錢
	桑白皮	桑白皮：甘寒。解热，行水，定喘止咳 桑叶：甘苦寒。祛风清热 桑椹：甘酸温。补肝肾，养血祛风。 桑枝：苦平。祛风湿，利关节	桑白皮：肺热咳嗽，吐血，胸膜炎，小便不利 桑叶：感冒咳嗽。水煎洗眼可治結膜炎 桑椹：神經衰弱，失眠，血虛便秘 桑枝：风湿性关节痛	桑白皮、桑叶：1.5～3錢 桑椹：3～5錢 桑枝：5錢～1两
	桔梗	苦辛溫。宣肺散寒，祛痰止咳，排脓消肿，寬胸顺气	支气管炎，扁桃体炎，胸悶脹痛，胸膜炎，胸痛，肺脓肿	2～3錢
	旋复花	咸溫。下气，消痰，軟坚。有小毒！	呃逆噯气，支气管炎，两脇脹滿	1～3錢
	紫菀	苦溫。散寒，潤肺下气，化痰止咳，利尿	风寒咳嗽，支气管炎，肺結核咯血，气滞尿閉	1～2錢
	白果	甘苦澀平。益肺气，定喘止咳，澀精止带。有小毒！	慢性支气管炎，肺結核，痰喘咳嗽；尿頻，遺尿，白带	2～10个
	前胡	苦微寒。散风解热，祛痰止咳	感冒咳嗽，支气管炎	1～3錢

七、利尿渗湿药

本类药物能通利小便，滲出水湿。多用于治疗水肿，排尿异常（尿频，尿急，血尿，尿路结石等），黄疸，腹泻等。

分类	药名	性味与功用	主治	用量
利尿滲湿药	車前	甘寒。清热利水，消炎，止咳，明目	尿路感染，小便不利，水肿，尿路結石，腹泻，草煎水洗可治結膜炎，根搗烂外敷可治外伤出血	种子：1～3錢 草：1～2两

续表

分类	药名	性味与功用	主治	用量
利尿渗湿药	熊果叶	苦涩温。利尿解毒。有小毒!	尿路感染，肠炎，痢疾	叶：5分～1錢 果：1～2錢
	防己	辛苦寒。祛风利水，除湿鎮痛	水肿疼痛，腰膝关节痛	1.5～3錢
	泽泻	甘咸寒。利水通淋，去热	小便不利，水肿胀满；腰膝痿弱	1～3錢
	茯苓	白茯苓：甘淡平。健脾，利水 赤茯苓：泻湿热，利窍，行水 茯神：补虚安神	小便不利，水肿胀满；惊悸心烦，失眠	2～4錢
	通草	甘淡寒。利水，清湿热，下乳	尿路感染和結石；通乳	8分～1.5錢
	猪苓	甘淡平。利尿消肿，解热	肾性和心性水肿，白带	2～4錢
	瞿麦	苦寒。清热利水，破血通經	膀胱炎，尿道炎；閉經；湿疹，搔痒（煎洗）	2～3錢
	木通	苦寒。降心火，利小便	尿路感染，小便赤涩，水肿；通乳	1～3錢
	萹蓄	苦平。清湿热，利小便，杀虫	尿路感染，黄疸，驅蛔虫，蛲虫。煎水洗可治疥癬，滴虫性阴道炎	2～5錢
	鈴兰	甘苦温。强心利水。有毒!	心力衰竭，心脏性水肿	1分
	萱草	甘凉。利水止湿	膀胱結石，小便不利，水肿；便血，衄血；乳腺炎（外敷）	2～4錢
	鴨跖草	甘淡微寒。利水消肿，清热解毒	热痢和急性热性病，尿路感染；心、肾性水肿；扁桃体炎，咽喉炎。外敷治痈疽肿毒，蛇咬伤	2～3两

八、逐 水 药

本类药物能使水分从大小便排出，达到消除水肿的目的。因其作用峻猛，称逐水药。体弱者及孕妇慎服或忌服。

分类	药 名	性味与功用	主 治	用 量
逐水药	商 陆	苦寒。泻水，利尿，止痛。有毒！	慢性肾炎，心脏性水肿，腹水。外敷可治痈肿、疮癣	5分～2錢
	芫 花	辛温。泻下逐水。有小毒！	水肿胀满，痰飲积聚。近来发現能治癲癇、精神病、神經官能症	5分～1錢
	甘 遂	苦寒。逐水消肿。有毒！	水肿胀满，胸痛咳喘，胸水腹水	5分～1錢
	大 戟	苦寒。逐水，通二便。有毒！	胸膜炎，腹水，全身水肿	5分～1錢

九、镇 静 药

本类药物具有安神、镇静作用，适用于失眠、多梦、心悸、头晕等症。

分类	药 名	性味与功用	主 治	用 量
镇静药	酸枣仁	甘平。养肝，安神，斂汗	失眠，健忘惊悸，自汗，盗汗	2～4錢
	远 志	辛苦溫。安神，化痰	健忘失眠，支气管炎痰多咳嗽	1～3錢
	睡 菜	甘微苦温。健脾消食，安神	胃炎，胃痛，消化不良；心悸失眠，精神不安	2～4錢

十、解痉息风药

本类药物有镇静、解除痉挛作用，适用于惊风、癫痫、手足抽搐等症。

分类	药名	性味与功用	主治	用量
解痉息风药	僵蚕	咸辛平。祛风化痰，镇惊，散結	小儿高热惊厥；口眼歪斜；丹毒，咽喉肿痛；淋巴結結核	1~3錢
	石决明	咸平。明目除热，通淋	眩暈，头痛，目赤，抽搐	3錢~1两
	地龙	咸寒。清热鎮痙，活絡，利尿	热病惊狂，小儿惊风，咳嗽哮喘，咽喉肿痛，小便不利；风湿性关节炎；外用治燙火伤，丹毒	1~3錢
	全蝎	咸微辛平。解痙息风。有毒；	口眼歪斜，半身不遂，破伤风；淋巴結結核，疮毒	5分~1錢
	鈎藤	甘寒。清热，鎮痙，息风	小儿高热惊厥，高血压，头暈目眩，神經性头痛	2~3錢
	天麻	辛温。息风鎮痙，止痛，降血压	高血压；风湿性腰腿痛；小儿抽风	8分~1.5錢

十一、补养药

能够补益气血，治疗各种虚症的药物，称为补养药。虚症有气虚、血虚、阴虚、阳虚四种，补养药也相应分为四类。

1．**补气药** 适用于体倦乏力，大便泄泻，食欲不振，气促声微。

2．**补血药** 适用于面色苍白，眩晕耳鸣，心悸，妇女月经不调等血虚症。

3．**补阴药** 适用于潮热盗汗，烦渴，干咳咯血，舌红脉细等阴虚症。

4．**补阳药** 适用于畏寒肢冷，阳萎遗精，腰膝酸软，尿频、遗尿

等阳虛症。

分类	药名	性味与功用	主治	用量
补气药	党参	甘平。补养中气，調和脾胃，祛痰生津	脾胃虛弱，消化不良，貧血体弱	2～3錢
	甘草	甘平。补脾益气(炙用)，清热解毒(生用)。多配伍应用，調和药性	潰瘍病，胃痙攣，咳嗽气促	1～3錢
	山药	甘平。健脾胃，补肺肾	脾虛腹泻，久痢，白带，尿频	3錢～1两
	黄精	甘平。补脾潤肺，生津	体弱气虛，結核，高血压	3～5錢
补血药	当归	甘辛溫。补血活血，調經潤腸	月經不調，崩漏，安胎，經閉腹痛	1～3錢
	何首乌	苦甘溫。补血（制用），通便解疮毒(生用)。夜交藤能鎮靜	血虛便秘，腰膝酸軟，遺精	3～5錢
补阴药	天門冬	甘苦大寒。滋阴潤燥，清肺火，止咳化痰	肺結核咳嗽、吐血，大便燥結，热病口渴	1.5～3錢
	玉竹	甘微寒。生津止渴，活血消肿	体虛病后的口渴，肺結核咳嗽。外敷治跌打損伤	2～3錢
	北沙参	甘苦微寒。清热降火，养阴止咳	肺热咳嗽	2～4錢
	麦門冬	甘微苦寒。潤肺止咳，益胃生津，清热	肺热咳嗽，自汗口渴，咽喉肿痛	1.5～3錢
	女貞子	甘苦平。补肝肾	腰膝酸軟，遺精，失眠，耳鳴，目眩	2～3錢
	黑芝麻	甘平。补血，潤腸，通乳	体弱貧血，便秘，奶少	5錢～1两
	鉄皮石斛	甘淡微咸寒。滋肾益胃，生津	热病口干煩渴，大便干結，口疮咽痛	2～4錢
补阳药	仙茅	辛甘溫。溫补肾阳，散寒，强筋骨	肾虛腰痛，阳萎，神經衰弱。外敷治癰肿	1～3錢
	肉苁蓉	甘咸溫。补精血，潤腸通便	阳萎，腰膝冷痛，崩漏带下，便秘	2～3錢

续表

分类	药 名	性味与功用	主 治	用 量
补阳药	杜 仲	甘微辛溫。补肝腎，壮筋骨，暖腰膝，安胎	腰腿痛，安胎，腎虛腰痛。能治高血压	2～3錢
	沙苑子	甘溫。补腎固精，縮小便	腰膝酸痛，遺精早泄，尿頻，遺尿，白带	2～4錢
	菟絲子	辛甘溫。补肝腎，益精，安胎	腰膝酸痛，遺精,遺尿，尿頻，胎动不安	3～4錢
	淫羊藿	辛溫。补腎助阳，祛风	神經衰弱，腰痛,阳萎，风濕性关节痛，四肢麻木	1～3錢
	山核桃	甘溫。斂肺定喘，溫腎潤腸。果皮有毒！	体虛腰痛腿軟，虛寒喘嗽，大便干結。鮮果搗汁涂抹可治神經性皮炎	1～3錢
	隔山消	甘微苦溫。补肝益腎	神經衰弱，阳萎遺精，腰腿疼痛	4～8錢

十二、理　气　药

本类药物大都有芳香气味，有疏通、顺气的功能。适用于腹部胀闷，嗳气反酸，恶心呕吐；胁肋胀痛，月经不调；咳嗽气喘等症。

分类	药 名	性味与功用	主 治	用 量
理气药	木 香	辛苦微溫。健脾开胃，行气止痛	胃痛，消化不良,呕吐，腸炎，痢疾	1～3錢
	厚 朴	苦辛溫。溫中下气，散滿燥濕	慢性胃炎，胃部胀滿，呕吐反酸	1～3錢
	香 附	辛微苦平。理气解郁，調經止痛	胃痛，胸腹胀滿；慢性盆腔炎，月經不調	1～3錢
	柿 蒂	苦澀溫。溫中下气，止呃逆	腹部胀滿，呃逆	1～3錢
	郁 金	辛苦甘寒。行气解郁，通經破血，利胆止痛	胃痛,胸脇胀滿；痛經，月經失調	1～3錢
	薤 白	辛苦溫。行气散結止痛	胸部胀滿刺痛，痢疾	1～3錢

十三、理　血　药

本类药物具有行血、止血等调整血分的作用。基本上包括两类：

1. 活血药　能通行血脉，促进血行。适用于跌扑损伤，疖痈肿痛，月经不调，关节疼痛。

2. 止血药　有治疗各种出血的作用。

分类	药　名	性味与功用	主　　治	用　量
活血药	丹　参	苦微寒。活血調經，去瘀生新，消炎退肿	月經不調，經閉血瘀腹痛；乳腺炎，疮瘍痈肿。近来用于治疗失眠	2～5錢
	紅　花	辛温。活血（小量），破血(大量)，散瘀止痛	月經不調，閉經腹痛；跌打损伤	1～3錢
	刘寄奴	苦温。活血止血，散瘀止痛	产后瘀血腹痛，关节炎。外用治創伤出血	1～3錢
	泽　兰	苦微温。活血通經	閉經，产后瘀血腹痛，腹脹。外敷治痈肿，外伤	2～3錢
	益母草	辛苦微寒。活血調經，清热利尿	产后腹痛，月經不調，崩漏；肾炎水肿，尿血；乳腺炎，丹毒，痈肿	3錢～1两
	三　棱	苦平。破血行气，軟坚化結	痛經，閉經，产后瘀血腹痛，腹内积块，消化不良	1.5～3錢
	五灵脂	甘温。活血行瘀，止痛	月經不調，痛經，崩漏；蛇、蝎、蜈蚣咬伤	1～3錢
	王不留行	苦平。通經行血，利乳，消痈肿	乳汁不足，痈肿疮毒，經閉血瘀腹痛	2～5錢
	水　蛭	咸苦平。通經破瘀，消肿解毒。有毒！	瘀血經閉，小腹結块；跌打损伤	5分～1錢
	牛　膝	苦微酸平。补肝肾，强腰膝，散瘀血，消肿止痛	关节炎，腰腿痛，四肢拘攣；經閉腹痛，产后瘀血腹痛；跌打损伤	1～3錢

续表

分类	药名	性味与功用	主治	用量
活血药	延胡索	辛微苦温。活血散瘀，行气止痛	痛經，产后腹痛；气血凝滞所致的腰膝、胃脘、胸腹痛；跌打損伤	1～3錢
	赤芍	酸苦微寒。活血散瘀，泻肝清热	月經不調，閉經，血瘀腹痛；痈肿疮毒，关节肿痛，胸胁痛	1.5～3錢
	川芎	辛温。散风止痛，理气活血，疏肝解郁	月經不調，經期腹痛；头痛头晕，胸胁脹痛；痈疽	1～3錢
	卷柏	辛平。破血通經（生用），止血（炒用）	閉經，痛經，腸出血，脫肛	1.5～4錢
	虻虫	苦微寒。破瘀散結，通經。有毒！	閉結，瘀血痛，痔疮出血	4～7分
	姜黄	辛苦温。行气破瘀，通經止痛	风寒所致的腰背痛，胸腹痛；月經不調，痛經；跌打損伤	1～2錢
	桃仁	苦甘平。破血行瘀，潤燥滑腸。有小毒！	閉經，跌打損伤，高血压，慢性闌尾炎，大便燥結	2～3錢
	土鱉虫	咸寒。活血散瘀，通經止痛。有小毒！	跌打損伤，筋骨痛；經閉腹痛	5分～1.5錢
	蒲黄	甘平。行瘀（生用）；止血（炒炭）	經閉，产后瘀血腹痛，血瘀胃痛；吐血，衄血，尿血，便血；跌打損伤	1～3錢
止血药	大薊	甘寒。消肿散瘀，凉血止血	吐血，衄血，外伤出血；子宫出血，痛經，尿血；疮瘍痈肿，口腔潰瘍	3～5錢
	小薊	甘凉。止血，清热，祛湿	同大薊	3～5錢
	瓦松	酸平。止血，止痢，收斂疮口。有毒！	泻痢，便血，子宫出血。外敷治疮口不愈	1～2錢
	仙鶴草	苦澀微温。止血，收斂，驅虫	各种出血，月經不調，驅條虫	2～4錢

分类	葯 名	性味与功用	主 治	用 量
止血葯	問 荆	苦平。止血，利尿	鼻衄，月經过多，咯血，腸出血，痔疮出血，小便不利	2～3錢
	地 錦	辛平。止血，利水，通乳	各种內脏出血，吐血，便血，尿血；腸炎腹泻，痢疾；乳汁不足	鮮品1～2两，干品2～3錢
	鹿蹄草	苦平。止血，祛风湿	风湿性关节炎；結核咯血。煎水洗治疮口不愈；鮮叶外敷治外伤出血，毒蛇咬伤	1～3錢
	薺 菜	甘温。止血，明目，清湿热	产后子宫出血，月經过多，咯血，便血；腸炎，痢疾；高血压	2～4錢
	鉄莧菜	微苦凉。收歛止血，清热利湿	腸炎，痢疾；吐血，衄血，子宫出血，月經过多。外用治皮肤湿疹	5錢～1两
	菊三七	甘微苦温。块根可止血；草可活血散瘀，解毒消肿	吐血，便血，子宫出血，咯血；跌打損伤；扁桃体炎；外敷治外伤出血	根1～3錢；草3～5錢
	紅旱蓮	微苦寒。凉血止血，清热泻火解毒	吐血，咯血，衄血，子宫出血；肝火头痛，瘰癧	1.5～3錢
	茜 草	苦寒。凉血止血	吐血，衄血，尿血，子宫出血；跌打損伤	1～3錢
	地 楡	苦微寒。凉血止血，泻火，止泻	尿血，便血，痢疾，崩漏。外敷治燙火伤，外伤出血	1～3錢
	白 芨	苦平。补肺止血生肌	肺結核咯血，消化道出血。外敷治外伤出血，瘰癧疔疮，燙火伤	1～3錢
	墓头回	苦微酸澀微寒。歛肝，燥湿，止血	崩漏，赤白带下，血痢，月經不調	3～5錢

十四、助消化药

本类药物具有增强消化机能，消除食积的作用。

分类	药名	性味与功用	主治	用量
助消化药	山楂	甘酸平。消积，行气散瘀	食积，脘腹胀满，嗳气，伤食腹泻；痢疾；产后腹痛	2～3錢
	鸡内金	甘平。健脾开胃，消积，止遗尿	食积，脘腹胀满，反胃呕吐，小儿疳积；遗尿	1～3錢
	萊菔子	辛甘平。消食利尿，祛痰降气	停食的腹痛腹泻，水肿，小便不利；咳嗽气喘	1.5～3錢

十五、催吐药

分类	药名	性味与功用	主治	用量
催吐药	苦丁香	苦寒。催吐消食。有小毒！	食积催吐，研末嗅鼻治湿热黄疸	1～2錢
	常山	苦寒。催吐，祛痰，截瘧。有小毒！	各种瘧疾，胸膈胀满，呕吐痰涎	1.5～3錢
	藜芦	辛苦寒。祛痰，催吐，杀虫。有毒！	中风不語，痰涎壅閉，癲癇，疥癬；杀蚊蝇	5分～1錢

十六、驅虫药

分类	药名	性味与功用	主治	用量
驅虫药	东北蛔蒿	辛苦寒。驅虫。有毒！	蛔虫病腹痛	5～6錢
	东北鹤虱	苦辛平。驅虫，止痒。有小毒！	蛔虫病，蛲虫病	1～2錢
	苦楝皮	苦寒。驅蛔止泻。有毒！	蛔虫病，腹泻。外用治头癬	1～3錢，驅蛔量稍大
	貫众	苦寒。清热解毒，驅虫止血	吐血，衄血，崩漏，赤痢便血。煎湯飲可預防麻疹、流感。大量可驅絛虫	1～3錢，驅虫量加倍

十七、固 涩 药

本类药物具有固涩收斂作用，也就是包括某种程度的"止"的作用，适用于治疗自汗盗汗，白带，久泄，脫肛，遺尿，久喘等症。

分类	药名	性味与功用	主治	用量
固涩药	山茱萸	酸涩微溫。溫补肝腎，涩精止汗	腰膝酸痛，耳鳴，遺精，阳萎；汗出不止；月經过多	1～3錢
	烏梅	酸涩溫。生津止渴，斂肺涩腸，安蛔杀虫	胆道蛔虫病，癌瘤，久咳久泻	1～3錢
	樁皮	苦涩寒。清热燥湿，涩腸止血	痢疾，腸炎，腸出血；白带，崩漏	2～3錢
	五倍子	酸平。涩腸止泻，止血	久痢久泻；崩漏，便血。外敷治外伤出血，燙火伤；煎洗治脫肛	1～2錢
	龙骨	甘涩平。鎮靜安神，斂汗涩精	惊悸不眠，自汗盜汗，遺精；崩漏带下；久痢脫肛	3～5錢
	芡实	甘涩平。补腎涩精，补脾止泻	脾虛泄泻，遺精，白带，小便失禁	2～4錢
	牡蠣	咸涩微寒。斂汗涩精，軟堅化痰	頸淋巴結結核，盜汗自汗；崩漏带下，遺精	5～8錢
	金櫻子	酸涩甘平。涩精，縮尿，止泻(果)。清热解毒，凉血通經(根)	果治遺精，遺尿，尿頻；白带，脾虛泻痢；自汗盜汗。根治血热經閉；外用消癰肿	1.5～3錢
	蓮	蓮子：甘涩平。滋补，健脾止泻，固精 蓮子心：苦寒。清心去热 蓮房：苦涩溫。消瘀止血 荷花：苦甘溫。祛湿，止血 蓮須：苦涩溫。收斂涩精 荷叶、梗：苦平。解热清暑，止血 藕节：甘涩平。消瘀，止血	蓮子：久泻久痢，便血；崩漏，带下；遺精，失眠 蓮子心：心热煩躁，口渴不眠 蓮房：血瘀腹痛，崩漏带下，便血尿血 荷花：外伤，吐血 蓮須：遺精、白带 荷叶、梗：疰夏，腸炎，便血，吐血，崩漏 藕节：吐血、便血，咯血，崩漏	蓮子，荷叶、梗：2～4錢。蓮子心、荷花：5分～1錢。蓮須：1～2錢

续表

分类	药名	性味与功用	主治	用量
固涩药	桑螵蛸	甘咸平。益肾固精，缩小便	遗精，尿频，遗尿，带下	1～3錢
	椿芽萼	苦涩平。收歛固腸，止血	腸炎，痢疾；崩漏，便血，白帶；外伤出血	2～3錢

十八、止 痛 药

本类药物有解除疼痛的功能，适用于神经性头痛，腰腿痛，腹痛，跌打损伤等。

分类	药名	性味与功用	主治	用量
止痛药	野罂粟	酸微苦涩微寒。镇痛，止咳，定喘，止泻。有毒！	神經性头痛，偏头痛；久咳喘息，泻痢便血，脱肛；痛經，白带；胃痛，急慢性胃炎	1～2錢
	洋金花	辛温。祛风止痛，定喘止咳。有毒！慎用	哮喘咳嗽；关节痛，神經性头痛，胃痙攣。外敷治蛇咬伤，跌打损伤	1～1.5分

十九、攻 下 药

既能通大便，又能清热泻火，使体内实热下泄。

常用药：大黄。苦寒。主治黄疸，食积，腹满胀痛，便秘，闭经，头痛目赤，痈肿恶疮，烧伤，跌打损伤。外敷可止血。用量1～3钱。本药性烈，体虚、孕产妇慎用。

二十、软 坚 药

可以软化硬结的药物，叫软坚药。

常用药：海藻。苦咸寒。主要用于治疗地方性甲状腺肿和肝肿大。用量1～4钱。

二十一、外 用 药

这里介绍的外用药，虽然其中有些可供内服，但在应用上多以外用为主，其主要功能是收敛止血，消肿，解毒，化腐生肌等。

分类	药 名	性味与功用	主 治	用 量
外用药	蟾 酥	甘辛温。解毒，杀虫，消积。有毒！	疔疮，痈疽发背；心脏衰弱；小儿疳积	外用适量
	蓖 麻	甘平。去湿提脓，消肿拔毒。有毒！	痈肿疮疡，疥癣搔痒；颈淋巴结结核，乳腺炎	适量
	狼 毒	辛平。破积杀虫。有大毒！	疥癣，酒皶鼻，顽固性皮肤溃疡，皮肤结核。做成毒饵杀鼠	适量
	蜂 房	甘平。祛风杀虫，解毒。有毒！	痈肿，淋巴结结核，湿疹，癣。煎水漱口，治牙痛。内服可治小儿惊风，风湿痛	内服1～2錢；外用适量
	接骨木	甘苦平。舒筋活血，祛风湿，接骨	跌打损伤，骨折，风湿性关节炎，周身疼痛	内服5錢～1两；外敷适量
	徐长卿	辛温。解毒消肿，止痢，祛风通络，镇靜利尿。有小毒！	风湿痛，跌打肿痛；痢疾，胃痛胀满；牙痛；肝硬化腹水。外敷治毒蛇咬伤	内服1～3錢；浸酒漱口，治牙痛
	山荷叶	甘微辛温。消瘿解毒，散结去瘀。有毒！	跌打损伤，毒蛇咬伤；砂淋，血淋，喉炎。外涂（酒醋调）治痈疮瘤肿	内服1～2錢
	飞燕草	苦寒。泻火止痛，杀虫。有毒！	煎水含漱（勿咽）治风热牙痛。煎浓汁灭虱	适量

种　　药

中草药在各地的生长分布情况不同。各地社队可以根据实际需要，进行人工栽培。原来生长在深山的药材，可从远山移近山；原来野生的，可变野生为家种；原来产在南方的，可进行南药北移。这样，就可以弥补本地某些中草药资源的不足，便利群众用药，更可以支援制药工业。

种中草药必须执行水、肥、土、种、密、保、工、管**“八字宪法”**。“赤脚医生”要亲自动手，发动群众，利用房前屋后、地边、道旁和山坡零星土地种药。大面积栽种时，要做到不影响农业生产，不与粮棉争地，和植树造林结合起来，使粮药都能优质高产。

（一）选择适宜地区

多数药用植物性喜温暖干燥，宜生长在疏松的沙土地和沙质壤土地。酷热、严寒、大风沙都不利于植物的生长。粘土地则影响根部的生长发育。在山坡种药，多应选择阳面。

药园应选择地势较高，但有水源的地方，四周最好有丘陵、树林防风。西北沙漠地区可利用人工防风林。狭窄的山谷和洼涝的地方不适合设药园。

（二）精耕细作土地

原则是深翻，耙匀，草除尽，畦[音其，qí]垅要整齐。

1．**耕地**　秋耕过的土地要在早春耙地。打碎土块，填平坑洼，耙细耙匀。沙土地和沙质土壤地应浅耙，粘土地应深耙，土地过湿时不宜耙。

2．**畦垅**　筑畦（打池子）有高、平、低三种。凡降雨量多而集中的地区，土层薄或地势洼的地方，应筑高畦；在风大、地下水位低或土层厚的地方，应筑平畦；旱地则应筑低畦。畦宽一般3尺。畦与垅的方向应南北向，使日光照射充分。北风强烈的地区应东西向。山坡地种药，畦垅方向应与斜坡成垂直，并筑成梯田状，可减少雨水冲刷，有利于水土保持。

（三）选种，播种，育苗

1．**选种**　以种子繁殖者，应选粒大丰满的优良品种。播种前，将

种子浸在冷水或温水里，使种皮变软，或将种子摊晒，可提高种子的发芽率。种子用药物消毒可减少病虫害。有条件可做种子发芽试验。

2．**播种** 北方气候干寒，以春播为宜。西北地区早春风沙大，播种可稍晚。华北、西北黄河流域地区也可秋播。

常用条播和点播，可省种子，并有利于田间管理。条播是按一定的距离搂沟播种。点播是按一定的行间距离和植株间距挖穴点播。

3．**育苗** 要准备苗床。东北、西北地区春寒，幼苗易冻死，晚间应用草帘子覆盖苗床，白天可揭开。

（四）加强田间管理

主要做好除草、灌溉、施肥及防治病虫害等项工作。

1．**除草** 幼苗时中耕除草要勤，可锄2～3次。培土多与中耕除草结合进行。

2．**灌溉** 须注意药物的习性。既要防止植物因干旱枝叶枯萎，又要防止烂根。

3．**施肥** 要合理。以叶、全草入药的植物，应适量施氮肥（草木灰肥为主）；以果实、种子入药的，应适量施磷肥；以根、根茎入药的，应配合施用磷、钾肥。如施化学肥料，须注意浓度，不可直接撒在枝叶上，以防植物死亡。

4．**防治病虫害** 原则是防重于治，把病虫消灭在为害之前。要仔细调查病虫害的种类、危害的特点，抓住主要环节，制定有效的防治措施。撒布农药是好方法，常用的有六六六、二二三、棉油皂、石灰硫磺合剂、1605等。当二种药剂混用时，应防止改变药性，减低药效，如石灰硫磺合剂不可与棉油皂混用。

5．**其他** 做好防霜冻工作，及时修剪枝叶和立架，设置围篱等。

下面以根、根茎、种子、花冠入药的植物为例，介绍六种药物的种药方法。

	繁 殖	播 种	田 間 管 理	附 注
大黄	种子繁殖。也可分株繁殖 （根入药）	多春播。深耕，筑高田大壠，行距1尺。条播。盖土1寸。踩实	間苗距2～3寸。秋定植，株距1.5～2尺，行距2～2.5尺。要經常松土、鋤草和追肥。头2年，每年追肥2次，第一次在6月初，第二次在8月末。注意排水，防治根腐病、叶斑病。秋末培土防寒越冬	不宜連作，連作易遭病虫害
牛膝	种子繁殖 （根入药）	多春播。平畦。条播。行距1尺。盖土4～5分。踩平	苗高2～3寸时間苗。半尺左右定植。株距5～6寸。定植后及时浇水，施肥。立秋后为根生長旺盛期，需水分充足，除留种外，将頂端嫩叶和花穗剪去	无霜期短的地方，种子不易成熟。来年可选根去尾后栽种
黃芪	种子繁殖 （根入药）	春播或秋播。平畦。点播。穴距1尺，下种子5～6粒，盖土后踩平	第一年苗小怕旱，及时浇水。秋末作好防寒，保护根部过冬。第二年起，根生長旺盛期追磷酸石灰肥，地周筑起土埂，保护植株。3～5年采挖，以6～7年的最好	苗小怕晒，可与其他作物（油菜）混播
土三七	插条繁殖 （根茎入药）	6～7月雨季插条(5～7寸长的枝条，斜插于沙土中)，約半月后生根，即可移植。行距1～1.2尺，株距半尺	插条后經常浇水，忌曝晒，需遮蔭。冬季不耐寒，不能在田間越冬。須将根茎带土挖出置土盆內，用沙土盖好，放室內，第二年春再种。雨水集中季节要防止积水烂根	
白芥	种子繁殖 （种子入药）	春播或秋播。平畦。条播或点播。行距7～8寸。盖土3～4分，踩平。播种前盐水浸种可减少虫害	間苗3～4次，按株距4～5寸留苗。清明、谷雨前后用稀的人粪尿追肥一次。注意防治病虫害	
金銀花	插条繁殖 （花冠入药）	选2年以上的枝条，切成4～6寸長，行距2～4寸，株距1～2寸插下，地面留1～3节，插入土壤內1～2节，培土踩实	插条成活后，秋末或次年早春移栽，行距、株距1.5～2尺。枝叶生長盛时，适当剪修并立架。开花前易生蚜虫，可用0.5%六六六粉撒茎、叶处	

制　药

中草药一部分可以用鲜药，但多数需要加工炮制，这样在以后应用和保存均较方便，有些药经炮制后还能减少毒性，增强疗效。

农村开展制药，应本着勤俭节約的原则，坚持“**自力更生**”的精神，就地取材，因陋就简，根据需要，讲究实效。祖国医药学中关于炮制药物积累了丰富的经验，可以参考。同时还应虚心向贫下中农、老药工、老药农学习，边学边干，在干中学，通过实践不断总结提高。

一、中草药炮制的基本方法

药材原料经挑选、整理、清洗、干燥后，进行炮制。基本的方法有火炒、浸泡和热蒸等。

1．火炒

(1) 炒：将药放锅中加热炒，一般以药色变黄，松脆为度。如土炒白术、炒枳壳等。可增强药性，更好发挥药效。

(2) 炮：将药用纸包埋于热炭中，或置于炒热的滑石、细砂中，以变焦黄为度，如炮姜、炮附子等。

(3) 炙：将蜂蜜、姜汁等和药物一起，置炭火上加热，至药黄而不焦。如炙甘草、炙黄芪等。

(4) 煅：将药置火上烧红透。也可置锅中，用另锅扣严，泥封锅边，煅烧。使药易于粉碎。常用于质地坚实的药材，如煅石膏、煅牡蛎等。

(5) 煨：将药用面糊包裹，置微火上烘烤，到面糊表面焦黑。如煨甘遂、木香等。

(6) 焙：将药放微火上使其干燥并进一步炭化。如地榆炭、血余炭等。

2．浸泡

(1) 浸泡：用水、酒将药洗净或浸泡，便于制剂、防腐保存，并可提高药效，南星、乌头等毒性大的药物经浸泡可减低毒性。

(2) 水飞：将研细的矿石类药物静置于水中，取上层液，沉淀，

可得极细的药面，如飞滑石等。

3．蒸和淬

(1) 蒸、煮：将药放笼屉中蒸。如熟地黄、黄精等。

(2) 淬[音脆，cuì]：将矿物类药放火上烧红，投入醋或水中，反复数次，使之易粉碎。如自然铜、磁石等。

二、常用中草药的剂型与制剂举例

1．煎剂 即用生药直接煎煮，方法简便，吸收快。煎药最好用砂锅，或用铝锅，不可用铁、铜锅。加水量以水淹过药物二横指为宜。煎煮时要掌握好火力和时间，煎煮发汗药，火力要大("武火")，快煎快煮，只需数分钟至十几分钟即可。煎煮补气、补血的滋补药，火力要小("文火")，慢慢煎煮半小时至1小时。一付药中，有效成分不易煎出的药物（如赭石、龙骨等）须先下煎煮("先煎")，然后再加入其他药物。不宜久煎的药物（如薄荷、白芷等），在其他药物即将煎好时再加入（"后下"），以免减低药效。一付药可煎煮2～3次。

止痢煎

原料：白头翁2斤，马齿苋汁半斤。

制法：白头翁加水3000毫升，煮1小时，去渣浓缩成1000毫升，加马齿苋汁(鲜马齿苋捣烂滤取)和匀，再加苯甲酸钠1毫升防腐。

用途：治痢疾里急后重便脓血。每日3次，每次20毫升，儿童减半。

2．浸剂 先将药物放入醋或不同浓度的酒精溶液中浸泡24～48小时，缓慢渗滤取液（每分钟滤出1～3毫升），再取药渣加水煮沸过滤，取滤液。将两次滤液混合，加热浓缩，加入防腐剂（苯甲酸钠或尼泊金酒精溶液）保存。

万年青浸剂

原料：万年青40克，醋100毫升。

制法：万年青根洗净切碎，加醋100毫升，浸泡2天，取滤液。药渣再加水煮，取滤液，将两次滤液混合，加热浓缩至200毫升，后加入糖浆和防腐剂。

用途：预防白喉。儿童每日2次，每次服5毫升（每毫升浸剂中

含万年青0.2克)。

3．**散剂** 将药研成细末，过筛。内服或外用。内服药末要细，便于溶解吸收；外用可将药末撒布，或用醋、酒、油调敷。

三七散

原料：土三七5钱，血余炭8钱，茜草炭6钱，马勃2钱。

制法：上药共研细末，每包1钱。

用途：治咳血吐血，内服每次1包，每日2～3次，开水送下；治衄血，吹药末于鼻腔内；外伤出血，敷于局部。

疳积散

处方：五谷虫4钱，鸡内金4钱，苦楝皮1两。

制法：上药共研细末，每包1钱。

用途：治小儿疳积，面黄肌瘦，腹大。

每日2次，每次1包，开水送下。

拔毒散

原料：红升丹1两，煅石膏2两，冰片1钱。

制法：上药共研细末。

用途：外伤感染，疮疡溃破后脓水多，疮口难愈以及瘘管、窦道等。外用，撒于伤口或吹入瘘管、窦道。

4．**丸剂** 将药研成细末后，加入蜂蜜（须炼到起红色泡沫，拉之成黄丝为好)，药末和蜂蜜的比例为1:1或1:1.5，趁热搅拌均匀。用手搓成条，切段，制成丸粒，每丸重1～2钱，称蜜丸。也可洒水滚沾，制成小丸，称水丸。

愈带丸

原料：芡实1两，山药1两，萆薢8钱。

制法：上药共研细末，做成蜜丸，每丸重1钱。

用途：带下白色，体力衰弱者服用，每服1丸，每日2次，开水送下。

防风丸

原料：防风1两，苏叶1两，桔梗5钱，甘草3钱。

制法：上药共研细末，做成黄豆大水丸。

用途：治感冒，每服1钱，每日2～3次，生姜汤送下。

5．**片剂** 药粉中加适量淀粉糊或米浆，用压片机（可用钢笔帽内加弹簧代用）打片。

胃痛片

原料：金铃子1两，元胡1两，木香3钱，瓦楞子1两。

制法：上药共研细末，加适量淀粉糊，搅拌均匀，晾至半干，切割成块，轧成片，晒干(或烘干)。

用途：治胃痛、嗳气反酸，每次3片，每日2次，姜汤送下。

6．**药酒** 将药浸入40～60度白酒中(或用黄酒)，密封2～4周，饮用。也可将药浸入酒中，隔水加热煮沸，再密封1～2周，饮用。

风湿药酒

原料：羌独活6钱，苍术8钱，威灵仙1两，穿山龙1两，寄生1两，贯筋2两，豨莶草2两，丝瓜络2两，桑枝2两。

制法：上药捣碎浸入6斤黄酒中，泥封罐口，冬季4周，夏季2周即成。

用途：治腰腿痛(风寒湿型)，每次2两，每日2次，烫后内服。

7．**注射剂**(针剂) 中草药可制成注射剂，便于应用、贮存，又能达到用药量少、疗效高的目的，应大力推广制作。

少数中草药可单纯浸泡制作：将药浸入30～50％酒精中24～48小时，用渗滤法取药液后加热，使酒精蒸发，至无酒精味。加蒸溜水将药液稀释成一定浓度，用药用炭脱色，并用滤斗(内垫消毒脱脂棉)反复过滤至药液呈澄明状态。可用酸硷度试纸测定药液的酸硷度，酸硷度在5～7之间一般就可应用。分装小瓶或安瓿内，经灭菌（100度蒸煮30分钟）即成。

多数中草药的有效成分有挥发性，或单用浸泡法难以将有效成分提出，宜采用水蒸、气蒸馏法制取药液。药液取得后，测定酸硷度，过滤，灭菌。

注意：注射剂制成后，应争取上级医院或有关部门鉴定，或者先在我们自己身上进行试验，证明没有不良反应，质量达到要求，然后才能给病人用。

鲜姜注射液

原料：鲜姜50克，注射用油100毫升。

制法：鲜姜去皮洗净捣碎，加95%酒精100～150毫升，浸泡2～3天，直至姜无味。过滤3次至姜液透明，低温加热除酒精，浓缩姜液呈糖浆状，再加灭菌的注射用油，缓慢溶解。

用途：镇痛。经络穴位注射，每穴0.3～0.5毫升，每日1次或隔日1次。

注：(1) 注射油可用豆油、香油精制取得。(2) 捣姜忌用铁器。(3) 本品稳定，可长期贮存。

5～10%白芥子注射液

原料：白芥子5～10克，50%酒精适量，苯甲醇2毫升，注射用水加至100毫升。

制法：选纯净白芥子捣碎，用50%酒精溶液湿润，密封静置2～3小时，滤出浸液。如此反复3次，至白芥子残渣无味。3份浸液合併过滤。热蒸去酒精，加适量注射用水，反复过滤至药液澄明，加苯加醇2毫升，再加注射用水至100毫升，灭菌。

用途：解痉，定喘，止痛。主治慢性支气管炎、肺气肿、支气管哮喘等。经络穴位注射，每穴0.3～0.5毫升，每日或隔日1次。

川芎注射液

原料：川芎5克，制成注射液100毫升。

制法：取川芎5克研成细粉，加200毫升水浸泡約1小时。继用水蒸气蒸餾，收集蒸餾液200毫升。所得蒸餾液再次蒸餾，收集2次蒸餾液100毫升，加入吐温-80 3～5滴，搅均后过滤、分装、灭菌。

用途：镇痛。治腰腿痛、头痛。经络穴位注射，每穴注射0.2～0.5毫升，每日或隔日1次。

复方白头翁注射液

原料：白头翁50克，山栀50克，制成注射液100毫升。

制法：上二药粗粉加水600～700毫升，煎煮40～60分钟，过滤。滤渣再加水同法煎煮1次。合併2次滤液水浴上浓缩至100毫升。加入3倍量95%酒精，搅均后静置，过滤。滤液再于水浴上挥散酒精，浓缩药液至100毫升以下，加入吐温-80 3滴，加水至100毫升，过滤，分装，灭菌。

用途：主治咽喉肿痛、急性扁桃体炎、痢疾等。肌肉注射，每日

2次，每次2毫升。

三、常用西药制剂

(一) 卤硷制剂

卤硷粉剂

原料：卤水或卤块，以河北蒲沽或汉沽卤块较好。

制法：取卤块洗净，每公斤加水300毫升溶解，然后用6～8层纱布过滤，至滤液澄明。取滤液置搪瓷盆中，約占盆的一半，放炉火上加热（初温可高些，烘干前火应小些），经蒸发、烘干，直至产品成为疏松、洁白的块状物，手捻即成细粉。然后取出放冷，粉碎，备用。本品易受潮溶化，应密封放在干燥处。

用法：将药粉倒入适量的温水中，溶化、冷却后，连同沉渣一起内服。每次1～3克，每日2～3次，饭后服。

卤硷水剂（10%卤硷上清液）

原料：卤硷粉100克，稀盐酸5.5毫升，糖精0.1克，香精1.0毫升，色素适量，蒸餾水加至1000毫升。

制法：取水500毫升，加稀盐酸5.5毫升，再将卤硷粉100克逐渐加入，搅拌30分钟，加水至1000毫升，继续搅拌，调整酸硷度至6.0～7.0之间，静置6～8小时，吸取上清液过滤，加糖精、香精、食用色素，搅拌调味。

用法：口服，每次10～30毫升，一日3次。

注：(1)无蒸餾水可用开水过滤后代替。(2)用甘油(100毫升）代替稀盐酸，可制成卤硷混悬剂。

卤硷擦剂（20%，50%，75%）

原料：卤水20毫升，甘油10毫升，酒精10毫升，薄荷水60毫升。

制法：先将薄荷水加入卤水中，依次加入酒精、甘油，随加随搅，搅均滤过即得。50%、75%的也按此法配制，但需增加卤水用量，减少薄荷水用量。

用途：局部涂擦。治疗顽固性体癣、皮肤瘙痒症、神经性皮炎等。

10%卤硷软膏

原料：卤硷细粉10克，无水羊毛脂10克，凡士林加至100克。

制法：先将卤硷细粉中滴水少許，研成糊状，再加入无水羊毛脂，研合，再逐漸成倍地加入凡士林直到100克，搓均。

用途：同卤硷擦剂。

卤硷注射剂

制法：取卤块洗净，加等量蒸餾水溶解，配成約50%的溶液。加适量活性炭（颗粒略粗），加热煮沸15分钟，然后过滤至溶液澄明无色，或显极微黄色。再加蒸餾水稀释成10%的溶液。用盐酸调整酸硷度至6.0～7.0。然后再过滤，灌封，灭菌。

用法：每日1～2次，每次10毫升，加于同量的10%～20%葡萄糖溶液中，緩慢靜脉注射。也可将药液加入5%葡萄糖液中靜脉滴注。

（二）常用外用药配制

碘酊（2%、3%）

原料：2%碘酊：碘20克，碘化鉀8克，稀酒精（50%）加至1000毫升。

3%碘酊：碘30克，碘化鉀12克，稀酒精（50%）加至1000毫升。

制法：先取少量水将碘化鉀溶解，然后加入碘，不断搅拌，使碘彻底溶解，最后加稀酒精至全量。置褐色瓶中密闭保存。

用途：外用皮肤消毒。

外用盐水

原料：精盐4.5克，水加至500毫升。

制法：取精盐加适量水，搅拌溶解，加水至全量，滤过，灭菌即得。

用途：外用换药和手术中冲洗伤口用。不能用于注射。

注：精盐可用一般粗盐2斤加开水3斤，溶解成盐的饱和溶液，滤过，取滤液置洁净锅中，加热蒸发成干燥的白色精制盐，密闭保存。

1:5000呋喃西林溶液

原料：呋喃西林（纯粉）0.1克，精盐4.5克，水加至500毫升。

制法：将呋喃西林粉及精盐放入一洁净的瓶子中，加水500毫升。用包药纸三层包好，或在原瓶口胶塞上插注射针头（以通气），放锅中加水煮沸灭菌30分钟（从水开记时）。

用途：含漱，创面冲洗，洗眼，湿敷等。

1:1000新洁尔灭溶液

原料：5%新洁尔灭溶液20毫升，水加至1000毫升。

制法：先取100～200毫升水，加入新洁尔灭溶液，振摇均匀，再加水至全量，继续振摇。

用途：洗手消毒用（浸泡5分钟）。

注：(1)本药不可接触肥皂或洗衣粉类。(2)粘膜及深部伤口可用1:2000或1:5000溶液冲洗；膀胱及尿道冲洗液的浓度应低于1:20,000；眼或阴道的冲洗液宜用1:5000～1:10,000溶液。配制时可按比例增加水量。(3)若用作金属器械浸泡消毒，须加亚硝酸钠1.0克（先将5%新洁而灭溶液稀释后再加入），以防锈。

氯、链(霉素)滴眼剂

原料：氯霉素0.25克（可用其注射液2毫升代替），链霉素0.5克，灭菌生理盐水加至100毫升。

制法：先将链霉素0.5克溶解于70～80毫升水中，缓慢滴加氯霉素，随加随震荡，使之混合均匀，再加水至全量，滤过，分装备用。

用途：眼部炎症滴眼，也可点耳鼻。

注：(1)药品不宜加热。(2)制作过程中，不可将链霉素粉末直接加入氯霉素注射液中，以免发生沉淀。(3)药品于室温下仅能保存1周，一次不宜多量配制。

10%大蒜滴鼻剂

原料：大蒜（独头蒜最好）10克，精盐0.9克，水加至100毫升。

制法：将大蒜去皮捣碎（不可用铁器），用两层纱布拧出浓蒜汁，加入精盐和水，混匀，装入滴眼瓶中备用。但不要贮藏日久。

用途：滴鼻，预防流感、流脑。

10%黄连素滴耳液

原料：黄连10克，甘油40克，硼酸2克，水加至100毫升。

制法：黄连粉加水70毫升，浸泡5分钟，加热煮沸。冷却后，再煮沸，趁热过滤。将硼酸细粉撒入滤液中，再加入甘油，搅拌均匀。最后加水至100毫升，分装备用。避光存放。

用途：滴耳，治疗化脓性中耳炎。

（三）常用内服药配制

小儿解热散

成份＼型号	Ⅰ号	Ⅱ号	Ⅲ号	Ⅳ号
阿斯匹林	0.025克	0.05克	0.075克	0.1克
苯巴比妥	0.01克	0.02克	0.03克	0.04克

用途：小儿退热，镇静。Ⅰ号：6个月～1周岁。Ⅱ号：1～2周岁。Ⅲ号：2～4周岁。Ⅳ号：4～6周岁。

注：表内剂量为1次量。

氯化铵合剂

原料：氯化铵7.0克，甘草流浸膏30.0克，水加至100毫升。

制法：取适量水先将氯化铵溶解，如有混浊或沉淀，要过滤。然后加入甘草流浸膏，搅匀，最后加水至全量。

用途：祛痰镇咳，上呼吸道炎症初期干咳、痰不易咳出时。内服每次10毫升，每日3次。

氢氧化铝凝胶

原料：明矾20斤，碳酸钠9斤，枸橼酸15克，浓薄荷水(2%)300毫升，5%糖精钠300毫升，苯甲酸钠，水加至75斤。

制法：先将明矾溶解在20斤热水中；另取碳酸钠（纯硷）9斤，溶解在100斤水中。两液分别用布袋过滤，将矾液缓慢加入硷液中，随加随搅拌，有二氧化碳气产生逸出。混合完毕，再充分搅拌，以布袋滤出沉淀，弃滤液。再以水反复洗涤沉淀至完全没有涩味，加枸橼

酸（事先配成水溶液）、糖精钠溶液、苯甲酸钠及浓薄荷水。再加水至全量。加每种药品时，均需搅拌均匀。然后以纱布滤过，分装备用。

用途：治疗胃、十二指肠溃疡及胃酸过多。口服一次 5～15 毫升，一日 3 次。

注：(1)成品应为乳白色的粘稠混悬液，静置能析出少量水分。(2)碳酸钠可用面硷代替，但需注意含水量不能过多，面硷发潮则不能用。(3)密闭保存，防热和避免冻结。

大蒜酊

原料：大蒜 40 克，95%酒精加至 100 毫升。

制法：大蒜剥皮、捣碎，静置 30 分钟，再加酒精密闭浸泡 4 日，过滤备用。

用途：治疗肠炎、痢疾。成人每次服 5 毫升，一日 3 次；小儿不宜用。

四、土法配制蒸馏水和注射剂

（一）水的简单洁淨法

制药离不开水，农村井水因水质不好常给制药带来一定的困难，如有臭味（含硫化物）、黄色水锈（含铁质过多）和含其他杂质(氯化物、钙、镁）等。因此必须洁净水质，以符合制药用水的要求。

1．混凝沉淀法 用明矾作为混凝剂，1000 毫升水中約加明矾 0.5 克。明矾加入水中搅拌后，能成为胶性物质，粘着水中许多本来不易沉淀的极小颗粒，使其下沉。明矾虽无直接杀菌作用，但水中的细菌可被粘在胶性物质上一同下沉。因此，经明矾洁净后的水，细菌含量显著减少。

2．沙滤法 用一木桶或水缸，在底边开一小孔，孔内插入一竹管或铁管通至桶外。桶内自下而上依次放置大小均匀的中石子（10厘米厚)、细小石子（10厘米)、细沙（10厘米)、漂白粉（5 厘米)、木炭末（5～10厘米)。

木炭有吸附作用，能除水锈，脱色，幷能消除水的臭味。漂白粉有消毒杀菌作用。水经细沙、石子层滤过，水中的藻类、微生物等可

在沙、石表面形成一层膜，也有吸附作用，使滤过水洁净。

滤器新制成，最初滤出的水不宜使用，经数次滤过后应用为好。

经上两法洁净后的水，再经煮沸，用漏斗（内垫脱脂棉）滤过后，可用于某些外用药物的配制，如外用盐水、呋喃西林溶液等。但新洁尔灭溶液不能用此水配制，因为明矾与新洁尔灭能结合形成沉淀。

（二）土蒸馏器制作蒸馏水

经上述土法洁净后的水，虽然外观透明、无色，但水中仍含有少量微生物和其他杂质等。这样的水不能用作配制注射药液，必须再经蒸馏，进一步清除水中的微生物、杂质，方能适应配制需要。

蒸馏就是将水加热至沸腾化汽，再通过冷凝使水汽凝结成液体的过程。经蒸馏所取得的水就是蒸馏水。

蒸馏水可因地制宜，用各种土法制作，但其基本设备不外乎蒸馏、冷凝、受器三部分。其中冷凝装置的外管最好为竹管或不锈的金属器（铝管或铜管等），内管为粗玻璃管。蒸馏部分可用铝壶（锅）、玻璃瓶等。蒸馏与冷凝装置的连接部分必须保证严密，以防污染和漏水。

制法 将洁净后的水置入烧瓶或铝壶中，加热蒸馏，将开始取得的蒸馏水弃去，继续蒸馏所取得的蒸馏水供用。

操作注意事项

（1）蒸馏期间，应注意冷凝水漏入冷凝管中，可用3%高锰酸钾加入冷凝水中，如蒸馏水有染色现象，表示蒸馏水已被常水污染，不能应用。

（2）尽量做到一次蒸馏完毕，勿中断。

（3）防止烧干锅。

蒸馏水标准的鉴定

（1）无色，无味的透明液体。

（2）取蒸馏水10毫升，加甲基红酸碱度指示液2滴，水不应显示红色。另取蒸馏水10毫升，加溴麝香草酚蓝酸碱度指示液5滴，水不应显示蓝色。

（3）取蒸馏水10毫升，加硝酸1滴，再加硝酸银试液4滴，不应发生混浊。

(4) 取蒸馏水 10 毫升，加铬黑T指示液 2 滴，水呈蓝色，不应显示红色。

(5) 热原试验：蒸馏水配制注射药液时，若在操作过程中被细菌、杂质等污染，虽经加热灭菌，但注入人体后，有时仍会引起发热、寒战等反应。这种反应称热原反应，这些杂质称热原质。因此，在制作、灭菌、贮存和使用蒸馏水过程中，应严格遵守相应的规定，杜绝污染。

许多革命医务人员试制注射药时，都是先在自己身上注射试用。我们要学习这种"**一不怕苦，二不怕死**"的革命精神，用"**对工作的极端的负责任，对同志对人民的极端的热忱**"的精神认真做好注射药的热原试验，确无不良反应后，才能用于病人。

蒸馏水制做后，应立即应用，不宜放置过久。

蒸馏水化学检验试剂配方

甲基红酸硷度指示剂：取甲基红 0.1 克，溶解于 100 毫升酒精中。

溴麝香草酚蓝酸硷度指示剂：取麝香草酚蓝 0.1 克，溶解于 100 毫升的酒精中。

铬黑T指示液：取铬黑T 0.5 克，加氨-氯化铵缓冲液 10 毫升，溶解后，加酒精稀释至 100 毫升(氨-氯化铵缓冲剂：取氯化铵 2 克，加浓氨试液 7.2 毫升，再加蒸馏水至 100 毫升)。

硝酸银溶液：取硝酸银 5 克，加蒸馏水溶解成 100 毫升，放棕色瓶中密闭保存。

（三）注射药的土法配制

注射药配制的全过程都应防止污染。配制时应做到：(1) 溶液应采用新鲜的蒸馏水；(2) 容器用具清洁，灭菌处理要彻底；(3) 药用原料和附加剂都要保证质量；(4) 应经过动物或人体试验。

器皿用具的处理

1. 输液瓶、青霉素小瓶、漏斗、量杯、玻璃棒等的处理　先以肥皂水或温热硷水（勿太浓）仔细刷洗容器内外一遍（青霉素小瓶常需置碱水中煮 15 分钟，揉搓除蜡），用普通水冲洗 2～3 遍，再用蒸馏水仔细冲洗 2～3 遍，用前再用新鲜蒸馏水冲洗一遍。

2．胶塞、胶皮管的处理　先以毛刷仔细洗刷胶塞、胶皮管内外一遍，置2%碳酸氢钠水或碱水中浸泡半小时，取出，置蒸馏水中煮15分钟，或刷洗后直接置1:1000新洁尔灭溶液中浸泡15分钟，再以蒸馏水清洗两遍。

3、输液瓶口用的玻璃纸可煮沸10分钟消毒。

配制

1．药品原料秤量要准确，秤量前后各核对一次品名、规格、数量。

2．核对无误后，将药品原料按比例置入新鲜蒸馏水中，搅拌，震摇，使之全部溶解。

过滤

1．用漏斗内垫脱脂棉滤过药液。如药液需脱色，可在漏斗中放置活性炭。

2．操作应严防灰尘污染。

3．药液必须滤至完全无色透明（有的可具有某种颜色，但必须透明），日光下检查药液内不应有纤維、浮悬物或沉淀。

封口、灭菌、检查、包装

1．封口　用输液瓶盛装药液，要十分注意药液和瓶口不可污染。瓶口置一小片玻璃纸，胶塞塞紧，外包两层纱布，紧缚瓶口。用青霉素小瓶的，同上法封口。但一般保存时间不能过长。

2．灭菌　是保证药液质量的关鍵，必须严肃认真做好。最简便的方法是用大笼屜热蒸灭菌。笼屜须严密，不漏气（用布塞紧围沿）。自水沸开始计时，蒸60分钟，停止烧火，静置半小时～1小时再打开笼屜取出（过早打开，易损坏药瓶）。一般从药液配制至灭菌，最好在4小时完成。

3．检查　用布擦净瓶身，日光下轻轻振荡检查，药液中如有细小混悬物，则需重新滤过、灭菌，直至合格。

4．包装　经检查合格的药液，用胶膜套（可用避孕套），包住瓶口胶塞代替铝盖。最后贴上标签，注明药品名、浓度、量和制药日期。

[附] 常用中成药

分类	名称	主要成分	主治与用法
解表药	桑菊感冒片	桑叶、菊花、連翘、甘草、杏仁	风热感冒，头痛咳嗽，鼻塞喉痛，每次4片，每日3次
	銀翘解毒丸	銀花、連翘、薄荷、桔梗、牛蒡子、荆芥穗	主治同感冒片，每次1丸，每日2次
	羚翘解毒丸	羚羊角、銀花、荆芥穗、連翘、薄荷、桔梗	主治同上，較上药力大，故对热重者較佳，用法同上
	九味羌活丸	羌活、防风、細辛、蒼朮、白芷、川芎、黄芩、生地、甘草	风寒感冒，恶寒发热，头痛，肢体酸楚疼痛，每次1丸，每日2次
	川芎茶调散	川芎、荆芥、防风、細辛、白芷、薄荷、甘草、羌活	风寒感冒，偏正头痛，鼻塞，每次1包，每日2次
清热降火药	牛黄上清丸	牛黄、黄連、大黄、黄芩、連翘、梔子、生石膏、菊花	头痛，眩暈，目赤耳鳴，口舌生疮，牙齦肿疼，便秘，每次1丸，每日2次
	黄連上清丸	黄連、黄芩、梔子、大黄、連翘、荆芥穗、菊花	主治同牛黄上清丸，泻热作用較輕，用法同上
	龙胆泻肝丸	龙胆草、梔子、黄芩、泽泻、木通、車前子、柴胡	肝热头暈，重听，耳鳴，口苦尿赤，每次1丸，每日2次
	解毒消炎丸	丁香、腰黄、蟾酥、朱砂、百草霜	疔疮初起，扁桃体炎，以及毒虫咬伤，每次4~6粒，每日3次
	清宁丸	大黄、厚朴、半夏、白朮、橘皮	热传腸胃，腹脹便秘，每次1丸
	清宫丹	犀角、牛黄、朱砂、元寸、冰片	热邪內陷，神昏煩躁，每次1丸，每日2次，孕妇忌用

分类	名　　称	主 要 成 分	主 治 与 用 法
止咳平喘药	麻杏止咳糖浆	麻黄、杏仁、石膏、甘草、桔梗、陈皮	肺热咳嗽，喘息，每次10毫升，每日2次
	川贝精片	川贝等	肺热咳嗽，咯黄痰，喘息，每次4片，每日2次
	橘红丸	橘红、贝母、麦冬、款冬花、茯苓、桑皮、石膏	急慢性支气管炎，气喘，吐黄痰，每次1丸，每日2次
	气管炎丸	麻黄、款冬花、杏仁、贝母	慢性支气管炎，每次20粒，每日2次
	定喘丸	苏子、杏仁、贝母、黄芪、阿胶、款冬花	咳喘，痰多，胸闷，每次1丸，每日2次
	二母宁嗽丸	知母、贝母、桑皮、瓜蒌仁、黄芩、石膏、栀子、陈皮、茯苓、枳实	肺热咳嗽，吐黄痰，每次1丸，每日2次
祛暑药	人丹	丁香、小茴香、木香、砂仁、石膏、滑石	中暑受热，头晕呕吐，晕车晕船，10～20粒，必要时服
	十滴水	大黄、姜、小茴香、桂皮、樟脑	中暑头晕，恶心呕吐，肠胃不适，½～1瓶，必要时服
	藿香正气丸	藿香、橘皮、厚朴、半夏、茯苓、白术	夏令外感，中暑头痛，吐泻腹胀，每次1丸，每日2次
祛风湿药	小活络丹	川乌、乳香、没药	肢体疼痛，麻木，每次1丸，每日2次
	天麻丸	天麻、当归、附子、羌活、杜仲、独活	手足麻木，腰腿疼痛，用法同上
	豨桐丸	豨莶草、梧桐	同天麻丸
	木瓜丸	木瓜、红花、川断、秦艽、木香、防风、狗脊	风湿关节麻木，每次15粒，每日2次
	舒筋活血片	红花、鸡血藤、香附、五加皮、伸筋草	筋骨疼，四肢拘急，跌打损伤，瘀血作痛，每次5片，每日3次

续表

分类	名称	主要成分	主治与用法
理气药	舒肝丸	厚朴、姜黄、紫蔻、沉香、丹皮、延胡索、柴胡	两胁胀痛，胃痛嗳气，吐酸，每次1丸，每日2次
	开胸顺气丸	木香、槟榔、陈皮、厚朴、莪术、三棱、牙皂、黑丑	胸腹胀痛，每次1～3錢，每日1～2次
	逍遙丸	柴胡、当归、白术、白芍、茯苓	肝郁气滞，胁肋胀痛，每次1丸，每日2次
	丹栀逍遙丸	上方加山栀、丹皮	主治同上，兼有热者，用法同上
	木香順气丸	木香、青皮、香附、槟榔、厚朴	胸胁胀满，每次2錢，每日1～2次
	胃气止痛散	木香、延胡索、砂仁、川楝子	胃痛吞酸，胁痛呕吐，每次1包，每日3次
健脾和胃药	香砂养胃丸	香附、砂仁、木香、白术、陈皮、半夏、茯苓	消化不良，胃脘闷痛，呕吐吞酸，每次3錢，每日2次
	香砂枳术丸	木香、砂仁、枳壳、白术、神曲、麦芽	气滞停食，胸膈胀满，用法同上
治痢止泻药	香連丸	木香、黃連	痢疾，肠炎，每次2錢，每日2次
	参苓白术散	人参、蓮子、白术、茯苓、山药、砂仁、扁豆	脾胃虚弱，食欲不振，腹泻，每次1袋，每日2次
	木香槟榔丸	木香、槟榔、大黄、青皮等	痢疾，腹痛，每次3錢，每日2次
	四神丸	肉豆蔻、破故脂、五味子、茱萸	五更泄泻，腰痠腹痛，每次3錢，每日2次
祛寒药	良附丸	良姜、香附	胃中冷痛，呕吐酸水，每次2錢，每日2次
	理中丸	人参、甘草、白术、炮姜	中焦虛寒，腹痛腹泻，每次1丸，每日2次
	附子理中丸	上方加附子	虛寒腹痛，呕吐泄泻，用法同上

续表

分类	名称	主要成分	主治与用法
补益药	人参归脾丸	人参、当归、白术、黄芪、远志	心脾血亏，失眠，月經不調，每次1丸，每日2次
	人参健脾丸	人参、茯苓、山药、白术、陈皮	身体瘦弱，厌食泄泻，每次1丸，每日2次
	补中益气丸	人参、黄芪、陈皮、甘草、白术、升麻、柴胡	气虚无力，脱肛，子宫脱垂，疝气，每次1丸，每日2次
	六味地黄丸	熟地、丹皮、茯苓、泽泻、山药、山萸	肾阴虚，耳鸣头晕，腰膝酸软，每次1丸，每日2次
	金匱肾气丸	上方加肉桂、附子	肾阳虚，腰痛水肿，遗精阳痿，每次1丸，每日2次
	补心丹	生地、当归、党参、茯神	失眠，多梦，心跳，每次1丸，每日2次
	安神丸	朱砂、黄連、当归、熟地	心煩，失眠，每次1丸，每日2次
芳香开窍药	牛黄清心丸	牛黄、麝香、犀角、羚羊角、朱砂	心热心煩，神昏譫語，癫痫惊风，每次1丸
	至宝丹	人参、朱砂、麝香、牛黄、天竺黄、南星	高热，神志不清，痰鸣气急，每次1丸，必要时每日1～2次
	安宫牛黄散	牛黄、犀角、珍珠、麝香、栀子	急性高热，神昏譫語，惊厥抽搐，必要时2～3分
	牛黄抱龙丸	天竺黄、雄黄、辰砂、麝香、胆星、牛黄	小儿急惊，痰迷譫語，抽搐，每次1丸，分3～4次服
	苏合香丸	白术、青木香、犀角、香附、朱砂、檀香、安息香、沉香、麝香、丁香、荜拨、冰片、苏合香等	突然昏倒，痰涎壅盛，牙关紧閉，不省人事，每次1丸，孕妇忌用
妇科药	女金丹	党参、白术、当归、香附、延胡索、吳萸	月經不調，少腹冷痛，腰酸乏力，每次1丸，每日2次
	八珍益母丸	党参、白术、茯苓、甘草、当归、熟地、川芎、白芍、益母草	体虛，月經不調，每次1丸，每日2次

续表

分类	名　　称	主 要 成 分	主 治 与 用 法
妇科药	艾附暖宫丸	艾炭、香附、黄芪、肉桂、当归、紅花	少腹冷痛，月經不調，痛經，每次1丸，每日2次
	益母草膏	益母草	月經量少，腹脹，产后瘀血腹痛，每次5毫升，每日2次
	白带丸	山药、白芍、茯苓、白朮等	白带，每次1丸，每日2次
助消化药	山查丸	山查、麦芽、五灵脂、砂仁、香附、陈皮、神曲、檳榔片、三棱、青皮	消化不良，食积腹痛，每次1丸，每日2次
	保和丸	陈皮、厚朴、蒼朮、半夏、山查、神曲、萊菔子	噯腐吞酸，不思飲食，每次2錢，每日2次
驱虫药	肥儿丸	肉豆蔻、使君子、胡黃連、神曲、檳榔片	消化不良，食积体瘦，腸寄生虫病，每次1～2丸
	烏梅安胃丸	烏梅、細辛、当归、黄柏等	腹痛，吐蛔虫，每次1丸，每日2次
	驅蛔糖浆	美舌藻	腹痛，吐蛔虫， 1～5岁，服10～15毫升 5～15岁，服15～20毫升 15岁以上，服20～30毫升，空腹服
儿科药	一捻金	党參、大黃、二丑、朱砂、檳榔片	停食停乳，腹滿便秘，痰盛，每次1分
	珠黃散	大黃、二丑	停食停乳，热盛便干，每次2分，冲服
	万应錠	乳香、沒药、胡黃連、儿茶	中暑头暈，口舌生疮，牙痛衄血，咽喉肿痛，每次5粒
	导赤丹	黃連、生地、大黃、木通、連翘、梔子、黄芩、甘草、滑石	口舌生疮，煩躁尿赤，每次1丸或半丸
其他	跌打丸	当归、川芎、土鱉虫、血竭、乳香、沒药、馬前子	跌打損伤，皮肤青肿作痛，每次1丸，每日2次

续表

分类	名　　称	主要成分	主治与用法
其他	七厘散	血竭、紅花、乳香、沒药、儿茶	外伤瘀血，闪腰岔气，疼痛，每次3～5分，每日2～3次，亦可外敷
	五味活血散	当归、紅花等	主治同上药，每次2錢，每日2次，亦可外敷
	金黃散	大黃、黃柏、姜黃、白芷、南星、陈皮、苍朮、川朴、甘草、花粉	散瘀，止痛，消肿，外用葱汁、酒、蜜、麻油调敷
	紫金錠	山茨菇、五倍子、千金子、朱砂、雄黃、大戟	消肿定痛，每次2～3錠，醋、酒、水磨调涂
	伤湿止痛膏	乳香、沒药、苏合油、細辛、薄荷冰等	外伤跌仆，风湿痛，貼患处3～5天，換1次
	万应膏	川草乌、木鳖、山甲、大黃等	痈疽，发背，对口，貼患处，3～5天，換1次

第二节　常用西药

急　救　药

毛主席教导我们：**“救死扶伤，实行革命的人道主义”**。当伤病员发生危急情况，我们必须发扬这种精神，尽一切可能争分夺秒进行抢救。所以平日就要准备好这类药物。抢救必须采取综合措施，不能单凭用药。比如用呼吸兴奋药，常需同时作人工呼吸或吸氧。要做到紧张、有秩序、镇定，防止忙乱中用错药或乱用药。

常用的急救药，有四类：

1、呼吸、循环兴奋药　如可拉明、咖啡因等，能兴奋中枢神经系统，特别是延髓中枢，促使呼吸和循环恢复。用时应严格掌握剂量。用量过大，可致惊厥。

2．抗休克药　常用肾上腺素类，包括去甲肾上腺素、肾上腺素、新福林等，有使周围血管收缩和兴奋心脏的作用。用来提高血压，又

叫升压药。肾上腺素还可用于抢救心脏停跳。

3．抗惊厥药 常用的有苯巴比妥钠、氯丙嗪、水合氯醛等，它们都属于镇静催眠药。

4．中毒解救药 如阿托品可用来治疗有机磷农药中毒、中毒性休克等，能缓解中毒和血管痉挛。此外，还有各种特殊解救药，如解磷毒等。

药品名称	剂型规格	用法	用量 成人剂量	用量 小儿剂量	功用	注意事项
可拉明（尼可刹米）	注射剂 1毫升 0.25克 1.5毫升 0.375克	皮下 肌注 静注	0.25～0.5克/次， 极量： 1.25克/次	6个月…0.3毫升/次 1岁…0.5毫升/次 4～7岁…0.7毫升/次	用于呼吸、循环衰竭	用量过大可致惊厥
苯甲酸钠咖啡因（安钠加）	注射剂 1毫升 0.25克 2毫升 0.5克	肌注 皮下	0.25～0.5克/次， 极量： 0.8克/次 3克/日	6～12毫克/公斤/次 或 6个月…0.3毫升/次 1岁…0.5毫升/次 4～7岁…0.7毫升/次	用于呼吸、循环衰竭	
樟脑油注射液	注射剂 1毫升 0.1克	深部肌肉注射	0.1～0.2克/次	3～5毫克/公斤/次	用于： 1.呼吸、循环衰竭； 2.抢救克山病	1.用量过大，可致惊厥； 2.如有結晶析出，可溫热溶解后注射
樟脑磺酸钠注射液	注射剂 1毫升 0.05克 2毫升 0.2克	皮下	0.05～0.2克/次		同上	1，2.同上； 3.必要时可反复注射
强尔心（維他康复）	注射剂 1毫升/支	皮下 肌注 静注	1～2毫升/次， 病重者可适当增加用量	0.5～1毫升/次	同上	

续表

药品名称	剂型规格	用法	用量 成人剂量	用量 小儿剂量	功用	注意事项
山梗菜碱(洛贝林)	注射剂 1毫升 3毫克 1毫升 10毫克	静注	3毫克/次，极量：6毫克/次 20毫克/日		用于：1.新生儿窒息；2.各种疾病引起的呼吸衰竭	1.剂量过大，可致心动过速、惊厥；2.静注应缓慢
		皮下肌注	10毫克/次，极量：20毫克/次 50毫克/日	1～3毫克/次		
去甲肾上腺素（正肾上腺素）	注射剂 2毫升 1毫克	静点	1～2毫克加入生理盐水或5～10%葡萄糖液100毫升内静点，根据血压调整滴速，待血压升高到所需水平后，将浓度稀释或减慢滴速，以维持血压在正常范围内。滴注无效，可将浓度加大，如加至4毫克/100毫升。仍无效时，不宜再提高浓度，应改换其他升压药	0.5～1毫克加入生理盐水或5～10%葡萄糖液100毫升内静点，根据血压调整滴速，待血压提高到所需水平后，将浓度稀释或减慢滴速，以维持血压在正常范围内，滴注无效时，可根据血压和病情酌情将浓度提高	缩血管作用特强。用于各种原因引起的周围循环衰竭	1.静点时严防药液外漏，引起局部组织坏死。如有药液外漏或出现注射部位苍白时，即刻热敷，用0.25%普鲁卡因10～15毫升局部封闭；2.禁用皮下、肌内、静脉注射；3.不宜与偏碱性药液配用；4.高血压、动脉硬化病人禁用；5.本品1毫克相当于重酒石酸去甲肾上腺素2毫克
盐酸肾上腺素	注射剂 1毫升 1毫克	皮下	0.25～1毫克/次，极量：1毫克/次	0.02～0.03毫克/公斤/次	1.升压作用快，用于过敏性休克；2.兴奋心脏作用强，用于某些心脏停跳；3.解除支气管痉挛，用于支气管哮喘急性发作	1.口服无效；2.剂量过大，可致心律不齐；3.心脏病、高血压禁用
		心内	心跳停止 1毫克/次	心跳停止 1毫克/次		

续表

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
新福林（麦撒同，新交感酚，新辛内弗林）	注射剂 1毫升 10毫克	皮下肌注	3～10毫克/次，1～2小时一次	0.1～0.25毫克/次，1～2小时一次	用于：周围循环衰竭	1.心肌疾患、高血压、甲状腺机能亢进、老年人慎用； 2.缓慢静注
		静注	0.5毫克/次	0.05毫克/次		
		静点	10～20毫克/次			
美速克新命（甲氧胺）	注射剂 1毫升 20毫克	肌注	10～20毫克/次，每$\frac{1}{2}$～2小时一次	0.25毫克/公斤/次	用于： 1.各种低血压症； 2.防治休克（尤为心原性休克）	重症高血压禁用
		静注		$\frac{1}{3}$肌注量		
		静点	20毫克加于5%葡萄糖液100毫升中			
苯巴比妥钠	注射剂 0.05克 0.1克	肌注	0.1～0.2克/次，必要时4～6小时后可重复	5～8毫克/公斤/次，必要时4～6小时后可重复	见镇静催眠药苯巴比妥	同左。 此剂量为抗惊厥用量
盐酸氯丙嗪（冬眠灵，氯普吗嗪）	注射剂 1毫升 25毫克 2毫升 50毫克	肌注	0.025～0.05克/次， 极量：0.1克/次 0.4克/日	0.5～1毫克/公斤/次	见镇静催眠药氯丙嗪	同左
水合氯醛	溶液剂 10%	直肠注入	5～15毫升/次， 极量：15毫升/次 30毫升/日	0.3～0.6毫升/公斤/次	见镇静催眠药水合氯醛	同左

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
硫酸阿托品	片剂 0.3毫克	口服	0.3～0.6毫克/次， 1日3次， 极量： 1毫克/次 3毫克/日	0.01毫克/公斤/次	用于： 1.中毒性休克； 2.有机磷农药中毒； 3.胃肠痉挛、胆绞痛、肾绞痛	1.有口干、皮肤干燥、瞳孔散大、视近物模糊不清的副作用； 2.用量过大可引起精神兴奋和抽搐； 3.青光眼病人禁用
	注射剂 1毫升 0.5毫克 1毫克 2毫升 10毫克	皮下肌注	0.3～0.5毫克/次， 极量： 1毫克/次	0.01毫克/公斤/次		
		静注	中毒性休克： 剂量见流脑； 有机磷农药中毒： 剂量见有机磷农药中毒	同左		
解磷毒（解磷定，派姆）	注射剂 10毫升 0.4克	静点	剂量见有机磷农药中毒	同左	用于： 解除有机磷农药中毒	1.可有轻度恶心、口苦、头晕、胸闷等，均为一时性，不需处理； 2.中毒早期应用，效果较好，但不能单独用本药，需首先应用阿托品； 3.注射用粉剂用时以10～20毫升注射用水或生理盐水溶解；勿与碱性药配伍注射

抗感染药

抗感染药，又叫抗菌药，常用的有三类：磺胺类、呋喃类及抗菌素类。解放前，这些药物几乎全部依赖进口。解放以来，在毛主席的**“自力更生”**方针指导下，我国制药工业不断迅速发展，常用的抗菌药

不仅能自给，而且支援世界革命人民。特别是文化大革命以来，我国工人阶级和革命科技人员，高举毛泽东思想伟大红旗，狠批叛徒、内奸、工贼刘少奇的“爬行主义”、“洋奴哲学”，敢于闯新，善于革新，在短短几年内更使我国的抗菌药工业跃进世界先进的行列。最近，中草药的群众性运动广泛、深入开展，发现了许多疗效高、药源广、成本低的药物，为抗感染药开辟了更新更广的发展道路。

「抗感染药在临床上应用得很多，但怎样应用的恰当、效果好，值得我们研究。一种抗感染药应用得不恰当，不但收不到疗效，而且能使微生物对同类药产生抗药性；或者用药控制了一部分微生物活动，另一部分微生物却异常活动起来，造成人体新的感染（继发感染）。所以应用这类药应当做到：(1) 有针对性，根据感染的病原和药的抗菌范围来选择。(2) 留有余地，要有计划性，能只用一种药，就不用两种；能用一般的，就不用特殊的新药；尽可能不首先用广谱抗菌素。」

1. **磺胺类** 根据口服后吸收难易，分为二类。易吸收的：如磺胺噻唑、磺胺嘧啶等，主要用于全身性感染。难吸收的：如磺胺脒、琥珀磺胺噻唑等，只能用于肠道感染。

药品名称	剂型规格	用法	用量 成人剂量	用量 小儿剂量	功用	注意事项
磺胺噻唑(ST，消炎片)	片剂 0.5克	口服	1克/次，1日4次，首剂加倍	0.1～0.2克/公斤/日，分4次，首剂加倍	可用于上呼吸道感染、扁桃体炎、中耳炎、痈肿、鼠疫等	1.首次剂量加倍； 2.口服应加等量小苏打，并多饮水； 3.可有血尿、尿闭、腰痛、药疹，偶见白细胞减少； 4.肾功能减退者慎用或禁用； 5.针剂忌与酸性药配用
	注射剂 2毫升 0.4克 5毫升 1克	静注 肌注	1～2克/次，1日3～4次	0.1～0.2克/公斤/日，分3～4次		
磺胺嘧啶(SD，代金片，磺胺哒嗪)	片剂 0.5克	口服	1克/次，1日4～6次，首剂加倍	0.1～0.2克/公斤/日，分4次，首剂加倍	同磺胺噻唑。本药在脑脊液中浓度高，对流行性脑膜炎治疗效果显著	同磺胺噻唑，但副作用较少见。静注时稀释到50毫克/毫升。 对流脑病人首剂为1日量的

续表

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
	注射剂 2毫升 0.4克 5毫升 1克	静注，肌注	1～2克/次，1日3～4次	0.1～0.2克/公斤/日，分3～4次		$\frac{1}{3}$～$\frac{1}{2}$，静注
磺胺异噁唑（磺胺异氧唑，SIZ）	片剂 0.5克	口服	1～2克/次，1日3～4次，首剂加倍	0.1～0.2克/公斤/日，分4次，首剂加倍	同磺胺噻唑。在尿中浓度高，不易产生结晶，故特别适用于泌尿系统感染	1.对泌尿系统副作用少。不需加服小苏打；2.其他同磺胺噻唑
长效磺胺（磺胺甲氧嗪，SMP）	片剂 0.5克	口服	0.5克/日，1日1次，首剂加倍	15～20毫克/公斤/次，1日1次，首剂加倍	同磺胺噻唑。但多用于轻度和慢性感染，如：咽炎、扁桃体炎等。也用于流行性脑膜炎和风湿病的预防	1.本药排泄慢，作用持久，可一日给药一次；2.不长期用，一般不需同服等量小苏打；3.久用应注意白细胞减少
磺胺胍（磺胺脒，SG，止痢片）	片剂 0.5克	口服	1～3克/次，1日4次，首剂加倍	0.2～0.4克/公斤/日，分4次	用于细菌性痢疾、肠炎	本药很少吸收，在肠内可保留相当高的浓度；不需同服小苏打
琥珀磺胺噻唑（琥珀酰磺胺噻唑，SST）	片剂 0.5克	口服	1～3克/次，1日4次，首剂加倍	0.2～0.4克/公斤/日，分4次	同磺胺胍	同磺胺胍

2. **呋喃类** 本类药物具有广谱抗菌作用，能抑制多种球菌和杆菌。

常用的有痢特灵（呋喃唑酮）、呋喃坦啶。呋喃西林因毒性大，已不作内服，仅作外用（见外用药）。

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
痢特灵(呋喃唑酮)	片剂 0.1克	口服	0.1克/次，1日3～4次	5～10毫克/公斤/日，分4次	适用于细菌性痢疾、肠炎	1.偶有恶心、呕吐、食慾不振、头痛、皮疹等； 2.服药后小便呈深黄色
呋喃呾啶(呋喃妥因)	片剂 0.1克	口服	0.1克/次，1日3～4次	6～10毫克/公斤/日，分4次	服后尿中排出量高，适用于泌尿道感染	同上；严重肾功能减退者禁用

3. **抗菌素类** 每种抗菌素都有一定的抗菌范围，凡抗菌范围较窄的称窄谱抗菌素，如：青霉素、链霉素等。抗菌范围较广的称广谱抗菌素，如：氯霉素类、四环素类(包括四环素、土霉素、金霉素)等。

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
青霉素G钾 青霉素G钠(盘尼西林)	注射剂(粉末) 20万单位 40万单位 80万单位 100万单位	肌注	20万～40万单位/次，1日2～4次	2.5万～5万单位/公斤/日，分4次	用于扁桃体炎、肺炎、败血症、细菌性心内膜炎、脑膜炎、白喉、破伤风(併用抗毒素)等	注意过敏反应，严重者可致过敏性休克。用前应做过敏試驗
		静点	600万～1000万单位/日	随年龄及病情而决定		
油剂青霉素	注射剂 10毫升 300万单位	肌注	30～60万单位/次，1日1次		同青霉素G，但因作用慢，多用于治疗慢性和輕型感染或用于预防感染	同上
硫酸链霉素	片剂 0.1克	口服	0.25～0.5克/次，1日3～4次	60～80毫克/公斤/日，分3～4次	用于结核病，泌尿道、肠道感染，败血症，百日咳，鼠疫等	1.也可发生过敏反应，用前做过敏試驗； 2.有时出现口唇周围和面部麻木，可能与制剂中的某些杂质有关； 3.如有耳鳴、耳聋、眩暈、平衡失調等，应即停药
	注射剂 1克 2克	肌注	1克/日，分1～2次	15～25毫克/公斤/日，分1～2次		

药品名称	剂型规格	用法	用量 成人剂量	小儿剂量	功用	注意事项
硫酸双氢链霉素	注射剂 1克 2克	肌注	同链霉素	同链霉素	同链霉素	同上，但较易引起耳鸣、耳聋
氯霉素	片剂 0.05克 0.25克	口服	0.25～0.5克/次，1日3～4次	25～50毫克/公斤/日，分4次	用于伤寒、副伤寒、细菌性痢疾、泌尿道感染、百日咳、败血症等	1.可抑制骨髓造血机能，产生严重贫血或白细胞减少。故除伤寒外不首选； 2.长期用可引起继发感染； 3.早产儿新生儿用大剂量可发生循环衰竭； 4.静点用生理盐水或5%葡萄糖液稀释，使100毫升含氯霉素0.2～0.5克。不宜与碱性药配伍
	注射剂 1毫升 0.125克 2毫升 0.25克	静点	0.5～1克/次，12小时一次	25～50毫克/公斤/日		
合霉素（消旋氯霉素）	片剂 0.05克 0.25克	口服	比氯霉素大1倍	比氯霉素大1倍	同氯霉素	1.毒副作用同氯霉素； 2.无味合霉素0.44克相当于合霉素0.25克
	注射剂 2毫升 0.25克	肌注	同上	同上		
盐酸四环素	片剂 0.05克 0.125克 0.25克	口服	0.25～0.5克/次，1日3～4次	25～50毫克/公斤/日，分3～4次	基本同氯霉素，但对伤寒效差，对阿米巴有效。因毒性較氯霉素低，故較氯霉素常用，可用于泌尿道、肠道感染以及肺炎、败血症等	1.可刺激胃肠道，宜饭后服； 2.对四环素抗药的细菌，对土霉素、金霉素一般也抗药； 3.长期或大量应用，可能引起继发感染；如严重的肠道感染、真菌病； 4.静点用生理盐水或5%葡萄糖液稀释，使100毫升液体内含四环素100毫
	注射剂 0.125克 0.25克	静点	0.5克/次，1日2克	15～30毫克/公斤/日，分2～3次		

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
						克，浓度不宜太大，以免引起局部疼痛或静脉炎； 5.忌与硷性药配伍
盐酸土霉素（氧四环素，地霉素）	片剂 0.05克 0.125克 0.25克	口服	0.25～0.5克/次，1日3～4次	25～50毫克/公斤/日，分3～4次	同四环素	同四环素
	注射剂 2毫升 0.1克	肌注	0.1克/次，1日2～3次	10～12.5毫克/公斤/日，分2次		
盐酸金霉素（盐酸氯四环素）	片剂 0.125克 0.25克	口服	0.25～0.5克/次，1日3～4次	25～50毫克/公斤/日分3～4次	同四环素	1.同四环素，但对胃腸道刺激作用較强。胃、十二指腸潰瘍病人禁用口服法； 2.静点以0.9%甘氨酸鈉溶解后，再以5%葡萄糖或生理盐水稀释应用
	注射剂 0.1克 0.2克	静点	0.5克/次，1日2次	15～30毫克/公斤/日，分2～3次		
紅霉素	片剂 0.1克	口服	0.2～0.5克/次，1日3～4次	25～50毫克/公斤/日，分3～4次	抗菌范围似青霉素。主要用于对青霉素抗药的細菌感染	1.长期或大量服可引起恶心、呕吐、腹泻； 2.本品易被胃酸破坏，与小苏打同服，可保持药效； 3.静点时应先用注射用水溶解，后加入5%葡萄糖溶液或生理盐水中，否则可发生沉淀； 4.細菌对本药易产生抗药性
	注射剂 0.3克	静点	0.3克/次，1日2～3次	15～30毫克/公斤/日，分3～4次		

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
硫酸新霉素	片剂 0.1克	口服	0.25～1克/次，1日4次	25～50毫克/公斤/日，分3～4次	抗菌范围广，但因口服不易吸收，故主要用于婴儿腹泻或用于对其他抗菌素产生抗药性的肠道和泌尿道感染	1.长期口服可引起继发感染； 2.注射大剂量可引起耳聋和肾脏损害。注射疗程不宜超过10天
	注射剂 1克	肌注	0.5～1克/日，分3～4次， 总量不超过1克/日	10～15毫克/公斤/日，分3～4次		
盐酸黄连素（盐酸小檗碱）	片剂 50毫克 100毫克	口服	0.1～0.2克/次，1日2次	5～10毫克/公斤/日	口服主要用于菌痢和肠炎。对化脓性感染、肺炎、百日咳等也有一定效果	1.副作用少见； 2.注射后，排泄快，在体内不易达到有效的抑菌浓度； 3.静注时不宜与生理盐水同时用
	混悬剂 1%	直肠注入	10～30毫升/次，1日1次，连用10日			
	注射剂 2毫升 40毫克	肌注，静注	20～40毫克/次，每6小时1次			
	软膏剂 1%	外用			表皮化脓性创伤、脓疱	
大蒜	生大蒜浸液 5% 10% 20% 50%	口服或直肠注入	阿米巴痢疾： 生大蒜6克，分数次吃，连吃5～10日，同时用5%大蒜浸液70毫升灌肠，每日1次，共6日。 细菌性痢疾： 50%大蒜浸液，加半量糖浆调味，每次服30毫升，每日4次。 百日咳： 10～20%大蒜浸液，糖浆调味每次8～10毫升，每2小时1次		用于阿米巴痢疾、细菌性痢疾、百日咳、伤口化脓等	水浸液制法：把大蒜捣碎，浸入38°C水中制成

4. 抗结核药 异烟肼、链霉素是目前治疗结核病的主要药物。对氨基水杨酸钠则是辅助药物。三药各有其优缺点，故在结核病的治疗中常需考虑合併用药，如异烟肼+链霉素，或异烟肼+对氨基水杨酸钠等，以减轻毒、副作用，延迟抗药性和提高抗结核疗效。

药品名称	剂型规格	用法	用量 成人剂量	用量 小儿剂量	功用	注意事项
异烟肼(雷米封)	片剂 50毫克 100毫克	口服	0.1克/次，1日3次。急性粟粒性肺结核和结核性脑膜炎可酌情加至0.2克/次，1日3～4次	10～20毫克/公斤/日，分3次。急性粟粒性肺结核和结核性脑膜炎可酌情增加至30毫克/公斤/日	对結核杆菌有强烈的抑制及杀灭作用，可用于各种类型結核病	1.一般反应較輕，偶有精神兴奋、头痛等。一般不需停药。 大剂量可引起四肢麻木等，可同服維生素乙$_6$防治； 2.肝、肾功能减退者及癫痫病人慎用或禁用
	注射剂 2毫升 100毫克	肌注	同口服或視病情而定	同口服或視病情而定		
硫酸鏈霉素	注射剂 1克 2克	肌注	1克/日，分1～2次	15～25毫克/公斤/日，分1～2次	同异烟肼	1.毒、副作用见抗菌素项； 2.总量和疗程需視病情而定，一般总量为30～60克，疗程2～3月
对氨基水楊酸鈉(PAS)	片剂 0.5克	口服	8～12克/日分4次	0.2～0.3克/公斤/日分3～4次	单用抗結核疗效差，但能加强异烟肼、鏈霉素的抗結核作用，故常合用	1.可见恶心、呕吐、食欲减退、腹泻等，同服小苏打可減輕； 2.肾功能减退者慎用； 3.静点时，用生理盐水或5～10%葡萄糖液溶解，稀释成3～4%浓度。在避光条件下于5小时內滴完，药液变色后不可再用
	注射剂 2克	静点	8～12克/日1日1次	0.2～0.3克/公斤/日1日1次		

抗寄生虫病药

1. 驱肠虫药 肠道寄生虫主要有蛔虫、蛲虫、條虫和钩虫。蛲虫存活时期短，只要不再重复感染，容易消除，所以用局部治疗即可。其他三种寄生虫需要用药物驱除。驱虫的基本原理是用药物使虫体痉挛或麻痹。但驱虫药对人体也多有毒性，因此不能用得过量。既要使虫体排出，而又不使人体中毒，关鍵在于掌握药量。此外，为了充分发挥药物的作用，也要注意用药方法。如空腹用药，药物的浓度就相对地增高。又如服驱虫药后用一些泻药，这样可促使不完全麻痹的虫体被排出。"赤脚医生"应在实践中多加研究，改进驱虫药的运用方法。

药品名称	剂型规格	用法	用量 成人剂量	小儿剂量	功用	注意事项
枸橼酸哌嗪（驱蛔灵）	片剂 0.5克 糖浆16%	口服	驱蛔虫：2.5～3.5克/日，分2～3次，連服3日。 驱蛲虫：1～1.2克/次，1日2次，連服7～10日	驱蛔虫：0.15克/公斤/日，分3次，連服2日。1日量不超过3克。 驱蛲虫：0.06克/公斤/日，分2次，連服7～10日。1日总量不超过2克	1.麻痹蛔虫的肌肉，使其不能附着于肠壁上，而被排出。用于蛔虫病； 2.有驱蛲虫作用	1.毒性低，較安全，偶有恶心、呕吐、腹泻、荨麻疹等； 2.肾功能不全者，应酌情减量； 3.一般不需服泻药
山道年	片剂 15毫克 30毫克	口服	①60毫克/次，每晚1次，連服2～3日； ②60毫克/次，每小时1次，連服2～3次。 极量：0.1克/次 0.2克/日	①10毫克/岁/日，每晚1次，連服2～3日。每次量不超过100毫克； ②10毫克/公斤/日，分2～3次，每隔½～1小时服1	兴奋蛔虫肌肉，使其发生痙攣性收縮，而不能附着在腸壁上。使用泻药加强腸壁蠕动，即可排出	1.毒性較大，过量易发生毒性反应，如黄视症、眩暈、头痛、呕吐、腹痛等； 2.服药前一日晚及服药期間禁油禁酒； 3.重复治疗，間隔不应少于14日； 4.肝、肾疾病和急性发热病人禁用；

续表

药品名称	剂型规格	用法	用量 成人剂量	用量 小儿剂量	功用	注意事项
				次，每次不超过60毫克		5.采用①法者宜半空腹服用，并于第3～4日清晨服泻药。采用②法者2～3小时后服泻药
宝塔糖	含山道年	口服		儿童用，用量根据說明	同山道年	同山道年
六一宝塔糖	含哌嗪	口服		儿童用，用量根据說明	同哌嗪	同哌嗪
灭虫宁（羥萘酸苄酚宁，酚乙銨，"鈎2"，苄酚銨）	片剂 0.3克	口服	3～5克（临睡时一次服下）	0.2～0.3克/岁，服法同左	1.能杀灭鈎虫，主要用于鈎虫病； 2.对蛔虫、蟯虫等也有驅除作用	1.偶見輕度恶心、呕吐、腹痛、腹泻等； 2.空腹或半空腹服，一般不需服泻药； 3.重感染一次量可增至6克，連服两晚。
使君子	种子（炒）	口服	10～20粒/次，睡前服，連服3日	1粒/岁，每次不超过20粒，睡前服，連服3日	对蛔虫有麻痹作用。多用于儿童蛔虫病	毒性很小，常見反应为輕泻及呃逆

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
苦楝皮	煎剂	口服	3～5克/公斤，制成200～400毫升煎剂，早晨空腹一次服完	干燥苦楝皮1～2克/公斤，水煎，空腹服。可连服2日。新鲜者量加倍	对蛔虫有麻痹作用。用于蛔虫病	1.一般无严重反应，过量可发生四肢麻木、耳鸣等； 2.本身有轻泻作用，可不必加服泻药
槟榔	煎剂 35%	口服	200毫升，清晨一次服下	60～120毫升，清晨一次服下	对绦虫有麻痹作用。用于绦虫病	1.不必用泻药，因本品可加强肠蠕动，引起腹泻； 2.有时引起轻微腹痛、恶心、呕吐和头晕； 3.4小时后如不排便，可服硫酸镁20～30克（小儿酌减）； 4.若一次无效，次日或隔数日可再服一次
南瓜子	南瓜种子	口服	带皮南瓜子100～200克 或 去皮南瓜子60～100克，炒熟后清晨空腹嚼碎服下，2小时后服35%槟榔煎剂200毫升	用量为成人剂量的½	作用同槟榔，单一使用疗效差，与槟榔合用疗效增强	服后如不排便，4小时后服硫酸镁20～30克（小儿用量减半）

2. **抗阿米巴病药** 阿米巴在人体的腸、肝等处寄生，有滋养体和包囊的区别。滋养体破坏作用大，能引起疾病症状；包囊本身抵抗力强，能致复发，两者可以相互变化，对药物的敏感性也不同。凡能杀灭滋养体的药物仅能控制症状，只有对包囊有效的，方可根治。

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
阿的平（盐酸米帕林）	片剂 0.1克	口服	0.1～0.2克/次，1日3次，連用7～10日	1岁以下0.02克，1～4岁0.05克，5～8岁0.05～0.1克，8岁以上0.1克，1日3次，連服7～10日	能杀灭滋养体，可控制阿米巴痢疾的急性症状。作用虽比依米丁稍慢，但毒性較小，故常用	1.常見皮肤黃染、食欲不振、恶心、呕吐、腹痛等，偶見精神兴奋，停药后多能自愈； 2.为达到彻底根治，常须配用卡巴胂等其他抗阿米巴药物
卡巴胂	片剂 0.1克 0.2克	口服	0.2克/次，1日2～3次，10日为一疗程	8毫克/公斤/日，分3次服，10日为一疗程	能杀灭滋养体，对包囊也有效，可用于急、慢性阿米巴痢疾，对控制急性症状效果虽不及阿的平，但由于它有根治阿米巴的作用，故常与阿的平合用	1.偶見皮疹、恶心、呕吐、腹泻，停药自愈； 2.肝、肾功能減退者禁用； 3.如需重复治疗，至少間隔二周
吐根素（吐根碱，依米丁）	注射剂 1毫升 30毫克 60毫克	深部皮下或肌注	0.03克/次，1日2次，連用6～9天，或連用6天后，剂量減半，再注射3天	0.5～1毫克/公斤/日，分1～2次，疗程同左	能杀灭滋养体，可迅速控制阿米巴痢疾和肝炎	1.本药毒性大，可损害心肌，表現为心律不齐，血压降低等。每次用药前需先測血压和心率。如血压降至90毫米汞柱，应停药； 2.心、肾病人，孕妇禁用；血压过低、严重衰弱病人慎用； 3.本药不能根治，常与卡巴胂等合用； 4.如需重复治疗，应間隔一个月

3．抗疟药 各类抗疟药分别作用在疟原虫的不同形式，与抗阿米巴药相似，故应用时应根据需要（控制症状，防止复发，传播或用于预防）选择用药。

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
磷酸氯化喹啉（磷酸氯喹）	片剂 0.25克	口服	治疗：首剂1克，6～8小时后及第2、3日各服0.5克。极量1克/次 2克/日。预防：0.5克/次，每周一次	治疗：首剂25毫克/公斤，6～8小时后及第2、3日各服12.5毫克/公斤。预防：12.5毫克/公斤/次，每周一次	抗疟作用强、快而持久。用于：1.控制症状；2.预防；3.根治恶性疟。还可用于控制阿米巴病	毒性小，偶见轻度皮肤瘙痒、恶心、呕吐、厌食、耳鸣、头晕等
阿的平	片剂 0.1克	口服	第一日0.6克，分3次服，以后每日0.3克，分3次服，連服6天	1岁以下每次0.02克，1～4岁 0.05克，5～8岁 0.05～0.1克，8岁以上 0.1～0.2克，1日3次，連服6日	同氯喹，但奏效較慢，疗效較短	見抗阿米巴药
硫酸奎宁	片剂 0.3克	口服	0.3～0.6克/次，1日3次，連服5～7日		似阿的平，但仅能控制間日瘧的症状。对三日瘧、恶性瘧疗效差	1.本品毒性大，长期大量应用可出現耳鳴、眼花、头痛、恶心、呕吐、腹泻等反应，尚能抑制心肌；2.能收縮子宫，孕妇禁用
无味奎宁（优奎宁）	片剂 0.1克	口服		30毫克/公斤/日，分3次，連服7日	同硫酸奎宁，适用于儿童	同硫酸奎宁

续表

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
伯氨喹啉	片剂 13.2毫克	口服	①14日疗法：26.4毫克/日；②8日疗法：39.6毫克/日；③4日疗法：52.8毫克/日	①14日疗法：5岁以下 6.6毫克/日，6～9岁 13.2毫克/日，10～14岁 19.8毫克/日；②8日疗法：量为14日疗法的1倍半；③4日疗法：为14日疗法的2倍	可用于控制复发及传播	1.毒性较其他抗疟药大，用4日疗法更应注意。剂量超过52.8毫克/日时，易发生疲乏、头昏、恶心、呕吐、腹痛等，严重者发绀，停药可自愈；2.勿与阿的平、环氯胍、乙氨嘧啶等合用；3.孕妇禁用
乙氨嘧啶（息疟定，达拉匹林）	片剂 25毫克 6.25毫克	口服	25～50毫克/次，每隔2周服一次，直至离开疫区。极量：0.1克/次	按年龄递减	用于预防	大剂量可引起恶心、呕吐、发绀、惊厥等
盐酸环氯胍（新乐君）	片剂 0.1克	口服	0.2克/次，1周2次	3～5毫克/公斤，1周2次	同乙氨嘧啶，但作用较弱，奏效较慢	偶有胃肠道反应，过量也可发生惊厥等严重症状

治咳喘病药

治咳喘病的药物有两类：

1. **平喘药**（止喘药） 如氨茶硷、麻黄硷等，这类药物的基本作用是松弛支气管平滑肌，解除支气管痉挛，达到止喘目的。此外还有肾上腺皮质激素类，如氢化可的松、强的松等。可用于氨茶硷或麻黄硷无效的严重病例和危急情况，但不能当作常规的止喘药。

药品名称	剂型规格	用法	用量 成人剂量	用量 小儿剂量	功用	注意事项
氨茶碱	片剂 25毫克 0.1克	口服	0.1～0.2克/次，1日3次。 极量： 0.5克/次， 1克/日	4～6毫克/公斤/次， 1日3次	1.治疗支气管哮喘； 2.对心性水肿也有效	1.口服可刺激胃肠道，引起恶心呕吐，宜饭后服； 2.静注必须缓慢，否则可致心悸、惊厥、血压剧降等
	注射剂 1毫升 50毫克 2毫升 0.125克 0.25克 10毫升 0.25克	静注	0.25克/次，以25～50%的葡萄糖注射液20～40毫升稀释后缓慢注射，约10分钟左右注完	2～4毫克/公斤/次，以25～50%葡萄糖注射液稀释，使每毫升含6.25～12.5毫克的氨茶碱即可。缓慢注入，约10分钟左右注完		
		静点	0.25克/次，以5%葡萄糖注射液250毫升稀释后缓慢滴入	2～4毫克/公斤/次，以5%葡萄糖注射液稀释，使每毫升含1～2毫克即可，缓慢滴入		
盐酸麻黄硷（盐酸麻黄素）	片剂 15毫克 25毫克 30毫克	口服	15～30毫克/次， 1日3次。 极量： 60毫克/次	0.5～1.0毫克/公斤/次， 1日3次	作用温和、持久。适用于非紧急情况的支气管哮喘	1.本药对中枢神经系统有兴奋作用，用后可致失眠，宜与催眠药如鲁米那合用； 2.高血压、心脏病禁用； 3.长期服用可产生耐受性
	注射剂 1毫升 30毫克	皮下或肌注	必要时 0.03克/次	必要时 0.5～1.0毫克/公斤/次		
硫酸异丙肾上腺素（治喘灵，喘息定）	片剂 10毫克	舌下含服	10毫克/次，1日3次。 极量： 20毫克/次 60毫克/日	5岁以上 2.5～10毫克/次，1日3次	作用快。适用于急性哮喘发作	1.本药可致心悸、头痛、恶心、口干等； 2.哮喘一停，必须把口中残余药片吐掉，以免过量引起心悸

续表

药品名称	剂型规格	用法	用量 成人剂量	用量 小儿剂量	功用	注意事项
盐酸肾上腺素	注射剂 1毫升 1毫克	皮下	0.25～0.5毫克/次(必要时)	0.02～0.03毫克/公斤/次(必要时)	作用快。适用于急性哮喘发作	1.心脏病、高血压、甲状腺机能亢进禁用； 2.非紧急情况尽量采用其他口服止喘药
氢化可的松(考的索)	注射剂 2毫升 10毫克 5毫升 25毫克 20毫升 100毫克	静点	100～200毫克/次，以5～10%葡萄糖500～1000毫升稀释后使用	4～8毫克/公斤/日，于8小时内滴入或分3～4次滴入	1.用于过敏性疾患如支气管哮喘等； 2.用于中毒性休克、中毒性痢疾、中毒性肺炎等； 3.用于风湿病	1.本类激素副作用大，严禁长期大量滥用； 2.久用可致肥胖、多毛、浮肿、血压高、抵抗力差、全身无力。有溃疡病者可引起消化道出血，并可致肺结核活动，故溃疡病、高血压、活动性肺结核等慎用或禁用； 3.用药期間应注意补鉀(2～4克/日)，并限制食盐摄入量； 4.較长期应用，不可突然停药，应逐渐減量直至全停，否則病情加重； 5.用于感染时，必需与有效的抗感染药物合用
强的松(泼尼松，去氫可的松，1-烯可的松)	片剂 5毫克	口服	2.5～10毫克/次，1日3～4次	1～2毫克/公斤/日，分3～4次	同氫化可的松	基本同上，但作用比氫化可的松强，副作用比氫化可的松稍小

2．止咳、祛痰药 止咳药如可待因、咳必清等，可抑制咳嗽中枢，起止咳作用。

祛痰药如氯化銨，能使粘稠的痰液变稀，使之易于咯出，痰咯出后咳嗽就可好转。

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
磷酸可待因	片剂 0.015克 0.03克	口服	必要时 0.015～0.03克/次。 极量： 0.1克/次 0.25克/日	止咳 1～1.5毫克/公斤/日， 分3～4次	1.适用于无痰干咳或剧烈频繁的咳嗽； 2.止痛（较吗啡弱）	1.久用成瘾，不可滥用； 2.痰多而粘稠的，不用可待因止咳，应用祛痰药(见下)，必要时与祛痰药合用
	糖浆剂 0.5%	口服	必要时 2～5毫升/次。 极量：同上			
咳必清（妥克拉斯）	片剂 25毫克	口服	25毫克/次， 1日3次	5岁以上 6.25～12.5毫克/次， 1日2～3次	有止咳作用。适用于上呼吸道引起的急性咳嗽	1.可有轻度头痛、头晕、口干、恶心及腹胀等不适反应； 2.痰多及心肌功能不全伴有肺水肿的咳嗽病人禁用
复方咳必清糖浆	糖浆剂 内含 咳必清 氯化铵	口服	10毫升/次， 1日3次			
氯化铵（氯化錏）	溶液 10% 片剂 0.3	口服	祛痰： 0.3～0.6克/次， 1日3次。 利尿： 0.6～2.0克/次， 1日3次	祛痰： 30～60毫克/公斤/日， 分3次。 利尿： 75毫克/公斤/日， 分3次	1.祛痰：适用于呼吸道炎症初期痰稠难咳出时； 2.有利尿作用，并能增强汞剂的利尿作用	1.大量服可致恶心、呕吐、口渴、酸中毒； 2.严重肾、肝功能减退者禁用
复方甘草片	片剂 每片含： 甘草浸膏、酒石酸锑钾、樟脑、阿片等	口服	1～2片/次， 1日3～4次	½～1片/次， 1日3次	能祛痰、镇咳。适用于一般咳嗽	

治胃病药

胃病在农村较常见。常见的胃病变化主要有：胃酸过多或过少、胃蠕动不正常（多属痉挛）以及炎症、溃疡等。

治胃病的药物就是针对上述几种主要变化起治疗作用，包括：

1. **硷性药** 如小苏打（碳酸氢钠）、氢氧化铝等，有中和（对抗）胃酸作用。氢氧化铝属胶性物，到胃里形成胶性保护膜，可保护溃疡和粘膜。

2. **解痉药** 如阿托品和颠茄等，具有解除胃肠道平滑肌痉挛的作用。

3. **消化药** 如胃蛋白酶等，是消化酶，正常消化液中含有，起助消化的作用。

4. **健胃药** 味多苦或辣，如龙胆和生姜，有调节胃机能作用。

上述药物治疗时多合用，因为单一种的效果不好。此外，胃病治疗必须适当注意饮食，用药才能达到目的。

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
碳酸氢钠（小苏打）	片剂 0.3克 0.5克	口服	0.5～1.0克/次，1日3次		中和胃酸作用快而短，且能吸收。用于胃酸过多症、溃疡病、酸中毒。常和某些磺胺药同服，以防止磺胺药引起肾脏损害	1.中和胃酸时可产生二氧化碳，引起胀气、嗳气及继发性胃酸增加，故不宜长期服用； 2.大剂量可致硷中毒； 3.治溃疡病时常与解痉药合用
氢氧化铝	片剂 0.3克 0.5克	口服	0.3～0.9克/次，1日3～4次	5岁以上半～1片/次，1日3次	用于胃酸过多症、溃疡病	1.宜饭前服，片剂应咬碎服， 2.可致便秘
	凝胶剂 4%	口服	10毫升/次，1日3～4次	2～8毫升/次，1日3次		
胃舒平（复方氢氧化铝）	片剂 0.5克 内含氢氧化铝、颠茄、三硅酸镁	口服	2～4片/次，1日3～4次	5岁以上1～2片/次，1日3次	同上。但还有解痉作用，对胃病的止痛作用較好	1.宜饭前或胃痛发作时咬碎服， 2.可致便秘

续表

药品名称	剂型规格	用法	用量 成人剂量	用量 小儿剂量	功用	注意事项
氧化镁(煅制镁)	片剂 0.2克	口服	0.2～1.0克/次，1日3次		中和胃酸作用弱而持久。用于胃酸过多症、溃疡病	可致轻泻
乌贼骨粉	粉末	口服	5～10克/次，1日3次		有止血和收敛作用。用于治疗胃病，对胃出血有良效	可引起便秘
硫酸阿托品	片剂 0.3毫克	口服	0.3～0.6毫克/次，1日3次。极量：1毫克/次 3毫克/日	0.01毫克/公斤/次	1.可用于胃肠痉挛引起的疼痛、肾绞痛、胆绞痛；2.还可用于中毒性休克和有机磷农药中毒(见急救药)	1.用后有口干、面红，重时瞳孔散大、视近物模糊、皮肤及眼结膜干燥、心悸等；2.青光眼病人禁用
	注射剂 1毫升 0.5毫克 1毫克 2毫升 10毫克	皮下	0.3～0.5毫克/次 极量：1毫克/次			
颠茄浸膏	片剂 8毫克 15毫克 30毫克	口服	8～24毫克/次，1日3次。极量：50毫克/次 150毫克/日		具有阿托品的作用，但较弱。用于胃肠绞痛、止吐、止泻	同阿托品，但较轻
普鲁本辛(溴化丙胺太林)	片剂 15毫克	口服	15毫克/次，1日3～4次	2毫克/公斤/日，分4次服	有解痉作用。可用于溃疡病、胃肠痉挛	似阿托品
胃复康(胃乐康，苯納嗪)	片剂 1毫克	口服	1毫克/次，1日3次		有解痉和抑制胃酸分泌作用。用于胃酸过多症、溃疡病	似阿托品

续表

药品名称	剂型规格	用法	用量 成人剂量	用量 小儿剂量	功用	注意事项
胃蛋白酶合剂	合剂 内含 稀盐酸、胃蛋白酶	口服	10毫升/次，1日3次	2岁以下 2.5～5毫升/次，2岁以上 5～10毫升/次	能消化蛋白质，在有稀盐酸存在时，消化力最强，故常做成合剂应用。用于消化不良、食欲不振	1.宜饭前服；2.忌与碱性药物配伍
三酶片（多酶片，消化散）	片剂或散剂 内含 淀粉酶 胃蛋白酶胰酶	口服	1～2片/次，1日3次		能帮助淀粉、蛋白质，脂肪的消化。用于消化不良	
乳酶生（表飞鸣）	片剂或粉剂 0.3克	口服	0.3～0.9克/次，1日3次	5岁以上 0.3～0.6克/次，1日3次	含有乳酸杆菌，用于消化不良、腸胀气、婴儿腹泻	1.不宜与抗菌药物和吸附剂（如药用炭）并用，以免降低效力；2.避免受潮受热
酵母片（干酵母，食母生）	片剂 0.3克 0.5克	口服	1.5～3克/日，1日3次	视需要而定	含維生素乙$_1$，能助消化。用于食欲不振、消化不良、維生素乙缺乏	1.咬碎服；2.保存于干燥处
健胃片（龙胆苏打片）	片剂 0.25克 内含 龙胆 小苏打	口服	2～4片/次，1日3次		能增进食欲，帮助消化，中和胃酸。用于消化不良、食欲不振	宜飯后服
大黄苏打片	片剂 内含 大黄粉 小苏打 薄荷油	口服	1～3片/次，1日3次		同上	1.宜飯后服；2.大剂量能刺激胃腸道，引起腹泻

泻药与止泻药

排便有两个因素，一是肠内容物，一是肠的蠕动输送。

泻药可以使肠内容物增多、变稀，或者使之通过肠管较快。止泻药则可以促使肠内容物变干，或者肠管蠕动减弱。

用泻药一般是为了治便秘。但是便秘有各种原因，如老年人肠蠕动弱，某些食物容易引起便秘，所以应根据具体病情治疗。泻药有作用强弱之分，如硫酸镁作用较强，液体石蜡只起滑润作用，可酌情采用。

腹泻也有各种原因，肠道感染时（如痢疾），腹泻有一定的防御意义，感染治愈时腹泻多能自止。随便用止泻药，只会加重感染中毒。所以止泻药应当在肠道感染基本好转时应用。

常用泻药简表

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
硫酸镁（硫苦，泻盐）	粉剂	口服	导泻：5～20克/次，50%20～30毫升/次。利胆：2～5克/次，1日3次，饭前服	1克/岁/次	本药口服不吸收，在肠内能保留大量水份，从而肠蠕动增强，故有较强的导泻作用。可用于驱肠虫和便秘，尚可利胆	1.服药时多饮水效果好；2.孕妇及胃肠道出血者禁用
液状石蜡（石蜡油）	油剂	口服	15～30毫升/次	0.5毫升/公斤/次	在肠内不吸收，对肠壁和粪便起润滑作用，并能阻碍肠中水份的吸收，因而使大便软化。用于便秘	不宜久服
双醋酚丁（一轻松，依沙生）	片剂 5毫克 10毫克	口服	5～15毫克/次（一般用10毫克），常在睡前服	5岁以下 2.5～5毫克/次，5岁以上 5～10毫克/次	可刺激肠道使肠蠕动加快，引起腹泻。用于便秘。服药后8～12小时排出软便	性温和，副作用少。作用较酚酞强十几倍

续表

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
酚酞(果导片)	片剂 0.1克	口服	0.1～0.2克/次	0.05克/次	同双醋酚丁	1.偶有皮疹和过敏性肠炎；2.本药部份可由肠道吸收。不宜长期服，以免中毒

常用止泻药简表

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
鞣酸蛋白	片剂 0.25克 0.3克	口服	0.6～0.9克/次，1日3次	1岁以下 0.1～0.15克/次，2～7岁 0.2～0.5克/次	有收敛止泻作用，主要用于小儿腹泻	
次碳酸铋(硷式碳酸铋)	片剂 0.3克	口服	0.3～0.9克/次，1日3次	1～5岁 0.2～0.6克/次	有保护、收敛、止泻作用。用于腹泻	
药用炭(活性炭)	片剂 0.15克 0.3克 0.5克	口服	1～3克/次	0.3～0.6克/次	有吸着，止泻作用、用于腹泻、腹气胀	
矽炭银(硅炭银)	片剂 内含白陶土活性炭氯化银	口服	1～3片/次，1日3次	6岁以上 $\frac{1}{2}$～1片/次	有吸着、收敛作用。用于腹泻、腹气胀	宜空腹服

止血药与补血药

止血药物有两类。一类是补充凝血过程中所缺少的某些因素，如肝脏疾病时血内缺少某些凝血物质而出现出血倾向，应用維生素K、凝血质可奏效；另一类作用于毛细血管，能增强对损伤的抵抗力，降低渗透性，以达到止血的效果。所以在选用止血药时，首先要找到出血原因，正确选用药物，才能收到较好的治疗效果。

一般补血药主要含硫酸亚铁，其作用在于补充机体内铁质，以便于制造血红蛋白。

常用止血药簡表

药品名称	剂型规格	用法	用量 成人用量	用量 小儿用量	功用	注意事项
維生素K_1	注射剂 1毫升 10毫克	肌注或靜注	10毫克/次，1日1～2次，或視病情而定	同成人	用于維生素K缺乏所引起的出血性疾病，如阻塞性黃疸、新生儿出血、水楊酸鈉所致出血傾向	靜注可引起面部潮紅、出汗、胸悶，故一般不作靜注。如作靜注，应緩慢，一分钟不超过5毫克
維生素K_3（亚硫酸氫鈉甲萘醌）	注射剂 1毫升 4毫克	肌注	4毫克/次，1日2～3次	同成人	同維生素K_1，但作用較緩慢	似維生素K_1，但毒性較大
凝血质	注射剂 2毫升 15毫克 5毫升 15毫克	肌注或皮下	7.5～15毫克/次	同成人	用于凝血酶元減少引起的出血、內脏出血和局部止血	1.不可靜注，以免发生血栓；2.局部敷用时，可用灭菌紗布浸潤本品敷于出血部位
仙鶴草素	片剂 20毫克	口服	20～60毫克/次，1日3次	10～30毫克/次，1日3～4次	能縮短凝血时間。用于內脏出血，如咯血、呕血、便血	1.少数病人可能发生心悸、顏面充血与潮热等現象。若遇虛脫，可用尼可刹米解救；2.注射时不可与其他药物混合使用
	注射剂 1毫升 10毫克 5毫升 10毫克	肌注或靜注	10毫克/次 1日2次	注射同成人		
安特諾新（安絡血）	片剂 1毫克 2.5毫克 5毫克	口服	2.5～5毫克/次 1日3次	5岁以下 1.25～2.5毫克/次，5岁以上 2.5～5毫克/次	預防和治疗毛細血管出血（如紫癜、鼻出血等）和其他出血症（如子宮出血、产后出血、痔出血等）	癲癇和精神病人慎用

续表

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人用量	小儿用量		
安特诺新(安络血)	注射剂 2毫升 10毫克	肌注	10毫克/次 1日2次。紧急情况5～10毫克/次，每2～4小时一次，出血緩解后改口服	5岁以下 2.5～5毫克/次 5岁以上 5～10毫克/次		
脑垂体后叶素	注射剂 1毫升 10单位	静点或静注	10 单位/次		可收縮毛細血管和小动脉，故可用于咯血和呕血。其他功用見子宫收缩药	見子宫收縮药

常用补血药简表

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
硫酸亚鉄	片剂 0.3克	口服	0.3～0.6克/次，1日3次	0.1～0.3克/次，1日3次	治疗缺鉄性貧血	1.宜飯后服，因鉄剂刺激胃腸道，可引起胃腸不适、腹痛、腹泻等；2.偶見便秘，粪便多呈黑色；3.忌与浓茶同服；4.加服維生素丙或稀盐酸可促进其吸收
补血散	散剂 每包内含鈣0.5克 維生素丙100毫克 硫酸亚鉄0.3克	口服	1包/次，1日3次		治疗缺鉄性貧血	

治心脏病药

包括强心药和利尿药。

1. **强心药** 如洋地黄和毒毛旋花子素K等，基本的作用是加强心肌收缩力，减慢心率，增加心输出血量，从而改善循环。但各种制剂的作用快慢和維持时间不同。維持时间长的强心药，在体内能积蓄一部份，所以在连续应用时应当把体存量计算在药量內，不然很容易引起过量中毒。洋地黄中毒症状有恶心呕吐、心率过慢、心律不齐、头晕等。此时应即暂停用药并口服氯化鉀1克，每日2～3次，或用氯化鉀1克加入300毫升10%葡萄糖液中缓慢靜点，在1小时以上点完。

2. **利尿药** 可消除水肿，减轻心脏负担。尿的形成与肾小管有很大的关系。常用的利尿药，如双氢克尿塞等，主要是通过对肾小管的作用，使尿量增加，达到消肿。

常用强心药简表

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
洋地黄(毛地黄)	片剂 0.1克 叶末	口服	1.全效量0.8～1.2克， 速給法：0.2克/次，6小时1次，直至发生疗效。 緩給法：首次0.2克，以后0.1克/次，1日3次，3～4日。 2.維持量0.05～0.1克/日，1日1次	1.全效量 2岁以下30～40毫克/公斤， 2岁以上20～30毫克/公斤。 速給法：首次服全效量的 $\frac{1}{3}$ 或 $\frac{1}{2}$，其余分3～4次，每6～8小时一次。 緩給法：将余数量平均分3天用完，首次量加倍。	用于各种原因引起的充血性心力衰竭	1.注意毒性反应。心率70次/分以下应考虑减量或停药； 2.鈣剂和麻黄碱可增加洋地黄毒性，在服药期及服药后2周内禁用

药品名称	剂型规格	用法	用量：成人剂量	用量：小儿剂量	功用	注意事项
				2.維持量:为全效量的1/10，1日1次		
洋地黄毒甙（狄吉妥辛，洋地黄毒苷）	片剂 0.1毫克 注射剂 1毫升 0.2毫克	口服 皮下肌注或靜注	1.全效量 0.8～1.2毫克。 2.維持量 0.05～0.1毫克，1日1次	1.全效量 2岁以下 0.03～0.04毫克/公斤，2岁以上 0.02～0.03毫克/公斤。 2.維持量 为全效量的1/10，1日1次	同洋地黄	1.2 項同上。 3.本品为洋地黄提純制剂，效力固定，腸道内吸收完全，能口服者应尽量口服，較为安全； 4.靜注宜用25%葡萄糖液20毫升稀释
西地兰（毛花甙丙）	注射剂 2毫升 0.4毫克	肌注或靜注	第一次 0.4～0.8毫克，加于25%葡萄糖液20毫升中，緩慢靜注，必要时4～6小时后可再注0.2～0.4毫克。 总量 1～1.6毫克	小儿总量 2岁以下 0.04～0.06毫克/公斤，2岁以上 0.02～0.04毫克/公斤。	同洋地黄。但作用較洋地黄快，适用于急性病例	同洋地黄。但排泄較洋地黄快，故維持时間較短

续表

药品名称	剂型规格	用法	用量：成人剂量	用量：小儿剂量	功用	注意事項
地高辛(狄戈辛)	片剂 0.25毫克	口服	1.全效量 1.5～2.5毫克，一般为2毫克。 速給法：首次0.75毫克，以后每6小时服0.5毫克，2～3次。 緩給法：第1日0.5毫克/次，1日3次，以后0.25毫克/次，1日3次，1～2天。 2.維持量 0.25～0.5毫克/日，分1～2次	1.全效量 2岁以下 0.06～0.08毫克/公斤，2岁以上 0.04～0.06毫克/公斤。 速給法：先給全效量的$\frac{1}{3}$～$\frac{1}{2}$，其余分2～3次，每6小时1次。 2.維持量 为全效量的$\frac{1}{4}$	同西地兰	同西地兰
毒毛旋花子素K	注射剂 0.25毫克	静注	开始 0.125～0.25毫克/次，稀释于25%葡萄糖液20毫升中緩慢静注(10分钟以上)，必要时4～6小时再注0.125～0.25毫克，总量0.75毫克。病情好轉后，可改口服的洋地黄制剂	0.005～0.007毫克/公斤/次	同洋地黃。但作用出現特快，适用于急性病例	1.本品注射后半至2小时即可发揮最大作用，但因排泄特快，故維持时間更短(約24小时)； 2.于1～2周內用过洋地黃的病人禁用或慎用； 3.毒毛旋花子素G的毒性和效力均較毒毛旋花子素K大，故用药剂量应减少$\frac{1}{3}$～$\frac{1}{2}$

常用利尿药简表

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
双氢克尿塞（双氢氯噻嗪）	片剂 25毫克	口服	25毫克/次，1日1～2次	1～2毫克/公斤/日，分1～2次	用于各种类型水肿，高血压	1.用药期间必须注意补钾（10%氯化钾10毫升/次，1日3次，或氯化钾1克/次，1日3次）； 2.肝肾功能减退者慎用
氨苯喋啶（三氨喋呤）	片剂 50毫克	口服	50～100毫克/次，1日3次	3～5毫克/公斤/日，分3次	用于各种类型水肿	1.副作用较少，偶可引起胃肠道刺激现象、嗜睡、软弱等； 2.与双氢克尿塞合用，效果更佳
汞撒利茶碱	注射剂 1毫升/支 2毫升/支 内含汞撒利10% 茶碱5%	肌注	1～2毫升/次，分两次肌注，首次0.5毫升或1毫升，半小时后无毒性反应再注。 每周最多用药2次。 极量：2毫升/次	5岁以下0.1～0.5毫升， 5岁以上0.5～1毫升， 必要时极量：1.5毫升/次	用于严重的心脏性、肝性水肿	1.肾性水肿禁用； 2.不宜长期应用； 3.为加强利尿作用，可于注射前1～2天服氯化铵1克/次，1日3次
甘露醇	注射剂 20% 100毫升 250毫升	静注	1～2克/公斤/次	同成人	有利尿和降低颅内压作用。 可用于脑水肿和急性肾功能衰竭	心力衰竭者慎用
山梨醇	注射剂 25% 250毫升	静注	1～2克/公斤/次	同成人	同甘露醇	同甘露醇
高渗葡萄糖	注射剂 50% 20毫升	静注	40～60毫升/次	同成人	有利尿脱水作用。用于脑水肿、急性肾功能衰竭	心力衰竭时注射速度宜慢

治高血压病药

高血压病是慢性病，单纯依靠药物治疗，往往不易达到满意的效果。因此，首先应该使病人用战无不胜的毛泽东思想武装头脑，发挥同疾病斗争的坚强意志，同时配合适当的药物和其他治疗。此外，还应注意用药时间不宜过长，否则人体就要产生适应能力，使药物的作用减弱。

常用的降压药有利血平、降压灵等。早期或轻度高血压病，往往用镇静催眠药即可收效。

药品名称	剂型规格	用法	用量：成人剂量	用量：小儿剂量	功用	注意事项
利血平（血安平，蛇根碱）	片剂 0.25毫克 0.1毫克	口服	0.125～0.25毫克/次，1日2次	0.02毫克/公斤/日，分2～3次	1.降压作用緩慢、溫和而持久。口服一周左右始降压，几周后达高峰，停药后作用仍可維持数周之久。适用于早期，輕度或中度高血压。对于重度，晚期或急性高血压則必須与其他降压药合用； 2.有安定神志作用，可用于治疗狂躁性精神病	1.可見鼻塞、四肢无力、精神疲倦、嗜睡、腹泻等副作用； 2.长期大量服，可出現精神郁抑症； 3.胃、十二指腸潰瘍病人禁用； 4.双氫克尿塞可加强其降压作用，两药可合用
	注射剂 1毫升 1毫克	肌注或静注	开始0.5～1毫克/日，見效后改为0.125～0.25毫克/日	0.07毫克/公斤/次，即刻应用，最大量1.5～2毫克		
降压灵	片剂 4毫克	口服	4～8毫克/次，1日2～3次		同利血平，但較弱，較溫和	副作用同利血平，但較輕
胍乙啶	片剂 10毫克 25毫克	口服	开始10毫克/次，根据血压情况，可逐渐增加到20～40毫克/日，1日1次		降压作用似利血平，但較强而持久，适用于中期或晚期高血压和血压頑固不降、腎性高血压等	1.可見头暈、乏力、虛脫（位置性低血压）等副作用，应注意护理； 2.因作用慢，不宜作快速降压； 3.心、腎功能不全者慎用

续表

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
双氢克尿塞（双氢氯噻嗪）	片剂 25毫克	口服	12.5～25毫克/次，1日2～3次，获疗效后酌情减少剂量	1～2毫克/公斤/日，分1～2次	1.有降压作用，还能加强其他降压药的降压作用。常与其他降压药合用，治疗中度或严重高血压； 2.有利尿作用，用于消除水肿（见治心脏病药）	（见治心脏病药）
地巴唑	片剂 20毫克 10毫克	口服	降压、解痉：20～40毫克/次，1日3次。极量：0.15克/日。神經系統疾患：5毫克/次，1日或隔日1次	0.5～1毫克/公斤/次，1日3次。神經系統疾患：0.1～0.2毫克/公斤/次，1日1次	1.扩张周围血管，有降压作用，但不显著。可用于高血压； 2.对平滑肌有解痉作用。可用于胃肠痉挛、心绞痛； 3.兴奋脊髓。可用于小儿麻痹后遗症等	

抗过敏药

过敏性疾病，如荨麻疹、药疹、支气管哮喘等，有某些共同的病理变化：毛细血管扩张，渗透性增高(发生水肿)，平滑肌痉挛（因此哮喘）等。抗过敏药就是消除或缓解这些变化的药物。常用有两类：一类如苯海拉明、非那根等；另一类是钙剂。后者主要能减低毛细血管渗透性，因此不用于哮喘。抗过敏药只能起减轻症状，所以治疗中尚须治疗病因。

药品名称	剂型规格	用法	用量 成人剂量	用量 小儿剂量	功用	注意事项
盐酸苯海拉明(可他敏)	片剂 12.5毫克 25毫克 糖浆 0.25%	口服	25～50毫克/次，1日2～3次	2～4毫克/公斤/日，分3～4次	1.其抗过敏作用适用于各种过敏性疾病。2%霜剂外用可治疗瘙痒性皮肤病；2.有鎮靜、鎮吐作用，可用于防治暈船、暈車	1.有头暈、思睡等副作用。服药期間不宜駕駛車輛及管理机器；2.对支气管哮喘功效不佳
	注射剂 2%毫升/支	肌注	1毫升/次，1日1～2次			
非那根(异丙嗪，抗胺蒂，普鲁米近)	片剂 5毫克 12.5毫克 25毫克	口服	12.5～25毫克/次，1日3次	0.5～1毫克/公斤/次，1日1～3次	基本同苯海拉明，但作用时間較長；与氯丙嗪合用，还可抗惊厥	1.項同上，但思睡作用更明显；2.肌注可引起局部刺激，靜注可使血压下降；靜滴应稀释后，緩慢滴入；3.忌与碱性药配伍；4.肝腎功能減退者慎用
	注射剂 1毫升 25毫克 2毫升 50毫克	肌注或靜点	25～50毫克/次	0.5～1毫克/公斤/次		
扑尔敏(馬来酸氯苯吡胺)	片剂 4毫克	口服	4毫克/次，1日1～3次	0.35毫克/公斤/日，分3～4次	基本同苯海拉明，但作用較强，适用于儿童	同苯海拉明，但思睡等副作用較少
安其敏(氯苯丁嗪)	片剂 25毫克 50毫克	口服	25毫克/次，1日3次	2～4毫克/公斤/日，分3～4次	基本同苯海拉明，但作用較强而持久	
氯化鈣	注射剂 5% 10毫升 20毫升	靜注	0.5～1克/次，加于25%葡萄糖液10～20毫升中，1日1次	按病情而定	1.其抗过敏作用，可用于各种过敏性疾病；2.对骨骼的硬度和生长起保証作用，可用于防治佝僂病、骨軟化症（常与維生素丁合用）；3.可用于解除卤水中毒	1.靜注宜慢，每分钟不超过2毫升，勿使药液漏出血管外，以免造成組織变质。小儿尽量避免注射；2.在用洋地黃期間及用后二周內一般不用鈣剂
葡萄糖酸鈣	片剂 0.5克	口服	0.5～2克/次，1日3次	0.5克/次，1日3次		

续表

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
	注射剂 10% 10毫升	静注	1～2克/次，加于25%葡萄糖液20毫升中，1日1次	0.5～1克/次，加于25%葡萄糖液20毫升中，1日1次		
乳酸钙	片剂 0.3克	口服	1～2克/次，1日3次	0.3～0.6克/次，1日3次		

镇静催眠药

常用的有氯丙嗪、巴比妥类、醛类和溴化物等。对中枢神经系统有抑制作用，可用作镇静、催眠、抗惊厥。其中氯丙嗪对植物神经也有抑制作用，用途较广。巴比妥类对中枢的抑制程度随剂量大小而深浅，小剂量（催眠剂量的⅓～⅕）起镇静作用，并能加强镇痛药、解热镇痛药的镇痛作用；中等剂量催眠；大剂量抗惊厥。久用可成瘾。醛类作用出现快，醒后精神正常，但有刺激性。溴化物主要是加强大脑的抑制过程，与上述三类不同，仅有镇静作用。

毛主席教导我们说：**“外因是变化的条件，内因是变化的根据，外因通过内因而起作用”**。中枢神经的兴奋和抑制，主要靠人体内部的因素进行调节，药物只起辅助作用。例如精神过度紧张、失眠等，只要充分调动人体内部的积极因素，不用多少药也能调整。反之，长期用药可以成瘾，而病却仍没有治好。所以我们要善于做细致的思想工作，配合用些药物。至于有惊厥发生时，用这类药是完全必要的。

药品名称	剂型规格	用法	用量 成人剂量	用量 小儿剂量	功用	注意事项
盐酸氯丙嗪(冬眠灵,氯普吗嗪)	片剂 5毫克 12.5毫克 25毫克	口服	0.0125~0.1克/次, 极量: 0.15克/次 0.6克/日	0.5~1毫克/公斤/次	1.有强而可靠的镇静作用，可用于各种精神过度兴奋; 2.有安定神志作用，可用于燥狂性精神病; 3.止吐作用，适用于除运动病(晕船、晕車)以外的各种呕吐; 4.制止顽固性呃逆; 5.常与非那根合用抗惊厥	1.有降压作用，給药后需平卧，以防血压突然下降，发生虚脱; 2.長期用偶可出現黄疸、肝脾大,停药可自愈; 3.对本品过敏者、肝病(尤为肝硬化)、动脉硬化者禁用; 4.勿与麻黄素、氨茶碱、苯巴比妥合用
	注射剂 1毫升 25毫克 2毫升 50毫克	肌注	0.025~0.05克/次, 极量: 0.1克/次 0.4克/日	0.5~1毫克/公斤/次		
苯巴比妥(魯米那)	片剂 0.015克 0.03克	口服	鎮静 0.015~0.03克/次, 1日2~3次。 催眠 0.05~0.1克/次, 极量: 0.25克/次 0.5克/日	鎮静 0.5~2毫克/公斤/次, 1日2~3次。 催眠 3~6毫克/公斤/次	作用慢，維持时間長。 可用于鎮静、催眠、防治惊厥(見急救药)和抗癲痫(見抗癲痫药)	1.醒后精神不振、头晕; 2.久用成瘾; 3.肝、肾功能严重减退者慎用或禁用
巴比妥	片剂 0.3克 0.1克	口服	鎮静 0.1~0.15克/次, 1日3次。 催眠 0.3~0.6克, 睡前一次, 极量: 0.6克/次 1克/日		作用特点同苯巴比妥。 主要用于鎮静、催眠	同上1,2項;肾功能减退者慎用

续表

药品名称	剂型规格	用法	用量 成人剂量	用量 小儿剂量	功用	注意事项
阿米妥（异戊巴比妥）	片剂 0.1克	口服	催眠 0.05～0.2克/次，极量：0.2克/次 0.6克/日	催眠 3～6毫克/公斤/次	催眠作用较快，主要用于催眠和抗惊厥	1.久用可成瘾；2.肝功能严重减退者禁用或减量慎用；3.注射时将注射剂以注射用水溶解成5～10%，配好就用。慢注
	注射剂 0.1克 0.5克 1.0克	肌注或静注	抗惊厥 0.3～0.5克/次，极量：0.6克/次 1克/日	抗惊厥 5毫克/公斤/次		
司可巴比妥（速可眠）	胶囊剂 0.1克	口服	0.1～0.2克，睡前一次服	镇静 2～3毫克/公斤/次	催眠作用较快、较短，适用于入睡困难的失眠	同阿米妥1、2项
水合氯醛	溶液剂 10%	口服或直肠注入	5～15毫升/次，极量：15毫升/次 30毫升/日	1毫升/岁/次，抗惊厥剂量（见急救药）	作用快，主要用于催眠和抗惊厥	1.项同阿米妥；2.心、肝、肾功能严重减退者慎用或禁用；3.对胃肠道粘膜有刺激性
三溴片	片剂 0.3克 内含溴化钾 溴化钠 溴化铵	口服	1～3片/次，1日3次	5岁以上1片，1日3次	用于神經失調症（神經衰弱）	1.毒性小，但排泄慢，久用可出现慢性溴中毒，如嗜眠、記忆减退、运动失調等，立即停药，并口服食盐或静注生理盐水
利眠宁（甲氨二氮䓬）	片剂 10毫克 5毫克	口服	镇静 5～10毫克/次，1日1～3次，或视病情增减。催眠 10～20毫克，临睡前服	镇静 5岁以上5毫克/次，1日1～3次	主要用于镇静和催眠	1.久用可成瘾；2.年老体弱者减量慎用；3.肝肾功能减退者慎用

续表

药品名称	剂型规格	用法	用量 成人剂量	用量 小儿剂量	功用	注意事项
导眠能(道力顿，多睡丹，苯乙哌啶酮)	片剂 0.25克	口服	镇静 0.25克/次， 1日2～3次。 催眠 0.5克/次		同利眠宁	毒副作用小，为巴比妥类的良好代用品
安眠酮(甲苯喹唑酮、海米那)	片剂 0.1克 0.2克	口服	镇静 0.1克/次， 1日3次。 催眠 0.1～0.2克/次		同利眠宁	毒副作用小，孕妇，有心、肝肾病的失眠病人均可服
眠尔通(安乐神，安宁，氨甲丙二酯)	片剂 0.2克	口服	镇静 0.2克/次， 1日3次。 催眠 0.4克/次	25毫克/公斤/日， 分3～4次	用于神經官能症及催眠	毒性低，安全度大，偶见思睡

抗癫痫药

药品名称	剂型规格	用法	用量 成人剂量	用量 小儿剂量	功用	注意事项
苯巴比妥(鲁米那)	片剂 0.015克 0.03克	口服	0.03～0.09克/次， 1日3次	0.5～2毫克/公斤/次， 1日2～3次	用于癫痫大发作和精神性发作	1.见镇静催眠药； 2.換用苯妥英鈉时，应先用数日苯妥英鈉再停此药
苯巴比妥钠	注射剂 0.05克 0.1克	肌注	0.1～0.2克/次， 必要时4～6小时后可重用	5～8毫克/公斤/次， 必要时4～6小时可重用		
苯妥英鈉(大侖丁)	片剂 0.05克 0.1克	口服	0.05～0.1克/次， 1日2～3次， 极量： 0.3克/次 0.6克/日	5～10毫克/公斤/日， 分1～3次	同上	1.疗效慢，連服数日才有效， 2.毒性不大，但日量超过0.4克則易出現毒副作用，如恶心、皮疹等； 3.飯后服

续表

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
朴痫酮(米苏林,去氧苯比妥)	片剂 0.125克 0.25克	口服	0.25克/次,1日2～3次,极量:2克/日	12.5～25毫克/公斤/日,分2～3次	同上	1.作用较苯巴比妥慢,维持时間則較长; 2.偶見貧血; 3.肝肾病人禁用

止痛药

止痛药能减轻伤病员的痛苦,特别是严重的损伤和疼痛,需要用止痛药,能减少休克的发生。但是,我们必须学会全面地看问题。止痛药只能减轻症状,不能消除病因。用多次以后,又能养成习惯性,吗啡一类的东西还可成瘾。一次用药量过大,可引起中毒,或可能掩蔽症状而耽误诊断。一句话,不可滥用。因此,应做好思想工作,鼓励病人同伤病痛斗争的坚强意志;同时做好其他处理,如骨折临时固定、包好伤口、搬运稳当等,尽量减少伤病员的痛苦。这样可只用少量药物,而收到良好效果。

1. **解热止痛药** 如阿斯匹林、安乃近等,具有一般的止痛作用,常用于头痛、牙痛、关节痛等。同时还有退热作用。其中一部分药物还可用于抗风湿。

临床上常见几种解热镇痛药合用,或与巴比妥类同用,制成多种成药,使副作用减少、疗效提高。

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
水楊酸鈉	片剂 0.3克	口服	0.6～0.9克/次,1日3～4次	0.1～0.15克/公斤/日,分3～4次	用于急性风湿热,风湿性关节炎	1.可刺激胃腸道,引起恶心、呕吐;飯后服或与碳酸鈣或氫氧化鋁同服,可减輕刺激症状; 2.大剂量或久用可引起出血

药品名称	剂型规格	用法	用量 成人剂量	用量 小儿剂量	功用	注意事项
阿斯匹林（乙酰水杨酸，醋柳酸）	片剂 0.06克 0.1 克 0.3 克 0.5 克	口服	解热 0.3～0.6克/次， 1日3次。 抗风湿 0.6～0.9克/次， 1日3～4次	解热 0.06克/岁/次，热高时4～6小时一次。 抗风湿 0.1～0.15克/公斤/日， 分3～4次	用于： 1.伤风感冒、头痛、牙痛、神經痛、肌肉痛、关节痛、痛經； 2.急性风湿热和风湿性关节炎； 3.退烧	同上。 但用作解热止痛时，因剂量小，胃腸道反应不明显
匹拉米洞（氨基比林）	片剂 0.1 克 0.2 克 0.3 克	口服	0.3～0.6克/次， 1日3次	20毫克/公斤/日， 分3～4次	同上。解热鎮痛作用較强而持久	用药期間可有嘔吐、皮疹、口腔炎及白細胞減少，一旦发生立即停药；
安乃近（諾瓦經）	片剂 0.5 克	口服	0.5～1克/次， 1日3次	10～20毫克/公斤/次， 1日3次	同匹拉米洞	用药期間可能发生白細胞減少；
	注射剂 1毫升 0.2克 1毫升 0.5克 2毫升 1克	肌注	0.25～0.5克/次	5～10毫克/公斤/次		
朴热息痛	片剂 0.5 克	口服	0.5克/次， 1日3～4次		感冒、关节痛、神經痛等	毒性較低
正痛片（A.P.C.，复方阿斯匹林）	片剂 0.42克 含： 阿斯匹林 咖啡因	口服	1～2片/次， 1日3次	2～3岁 $\frac{1}{4}$片/次， 4～6岁 $\frac{1}{3}$片/次， 7～12岁 $\frac{1}{2}$片/次	1.伤风、感冒、头痛等； 2.退烧	似阿斯匹林

续表

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
去痛片(索密痛)	片剂 含: 匹拉米洞 非那西汀 咖啡因 苯巴比妥	口服	1～2片/次, 1日3次	5岁以上 ½片/次, 10岁以上 1片/次	同正痛片	毒副作用似匹拉米洞,但较轻,偶见药疹
安痛定	片剂 含: 匹拉米洞 非那西汀 苯巴比妥	口服	1片/次 1日3次		同正痛片	同上
	注射剂 2毫升/支	皮下或肌注	2毫升/次 1日1次	1岁以内 ½毫升 2～3岁 1毫升 3～5岁 1.5毫升		
古列兰(复方氨基比林注射液)	注射剂 2毫升/支 内含: 氨基比林 巴比妥	皮下或肌注	2毫升/次	同安痛定	同正痛片	同上
百尔定	注射剂 2毫升/支	肌注	2毫升/次		退烧	

2．**强止痛药** 主要有吗啡、杜冷丁、阿那度尔、可待因、延胡索素等。前4药均属阿片类,作用基本相同,较一般解热止痛药的止痛作用强，对创伤性痛也有效。其中又以吗啡的止痛作用最强，但有抑制呼吸和成瘾性的缺点，连服数日即可成瘾。解放前，阿片是帝国主义用来掠夺我国民脂民膏的罪恶毒剂。解放后，随着社会制度的改变，阿片成为为人民服务的药物。在我国颁布了麻醉药品保管条例，把一切成瘾性药物，如阿片类、巴比妥类等均列入本条例之中，规定了这些药物的使用范围，从根本上杜绝了这类药物滥用对人造成的危害。

药品名称	剂型規格	用法	用量 成人剂量	用量 小儿剂量	功用	注意事项
盐酸吗啡	注射剂 1毫升 10毫克	皮下	5～15毫克/次， 极量： 20毫克/次 60毫克/日		1.止痛，可用于各种原因引起的疼痛； 2.预防战伤和各种創伤所致的休克。但若休克已发生，则禁用； 3.抑制呼吸，小剂量亦可用于心脏性哮喘	1.用于診断明确的急性痛，不用于慢性痛（怕成瘾）； 2.胆絞痛、肾絞痛计需与阿托品合用； 3.肝功能严重减退、支气管哮喘、肺原性心脏病、婴儿、哺乳期妇女禁用； 4.有恶心、呕吐、便秘等副作用
杜冷丁（利多尔，哌嗒啶，嘜啶，地美露）	片剂 25毫克 50毫克	口服	0.1～0.15克/次， 1日3次， 极量： 0.2克/次	0.5～1毫克/公斤/次， 1日3次	用于各种原因引起的疼痛，但效力較吗啡弱，可起催眠作用	基本同上。但对呼吸中樞的抑制較吗啡弱，用于分娩止痛，一般不影响新生儿呼吸。但因新生儿呼吸中樞对抑制药敏感，故应提高警惕
	注射剂 1毫升 50毫克 2毫升 100毫克	肌注或皮下	0.025～0.1克/次， 极量： 0.15克/次	0.5～1毫克/公斤/次		
阿那度尔（安侬痛）	注射剂 1毫升 20毫克	肌注或皮下	10～20毫克/次	視年龄酌减	止痛时間較慢，适用于胃腸道、泌尿道等平滑肌痙攣性絞痛以及分娩、小手术止痛	同杜冷丁
		靜注	20～30毫克/次			
磷酸可待因（甲基吗啡）	片剂 15毫克 30毫克 糖浆 0.5%	口服	15～30毫克/次， 1日3次， 极量： 0.1克/次， 0.25克/日	3毫克/公斤/日 （止咳剂量見止咳药）	1.止痛，較吗啡弱； 2.止咳（見止咳药）	副作用較吗啡輕，但久用也成瘾

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
延胡索乙素（四氢巴马丁）	片剂 50毫克	口服	0.05～0.1克/次，1日2～6次		1.止痛，用于胸腹部钝痛及痛经等；2.催眠，用于暂时性失眠；3.降压，用于高血压	有抑制呼吸作用，但较吗啡弱
	注射剂 2毫升 60毫克 2毫升 100毫克	皮下	0.06～0.1克/次			

維 生 素

維生素是維持机体正常机能活动所必需的物质。但正常需要量极微少，从正常的饮食中就能获得。

在暗无天日的旧社会，广大劳动人民遭受压迫剥削，饥寒交迫。就是极少量的維生素也难以得到，致使維生素缺乏症普遍发生。今天，在党和毛主席的英明领导下，人民生活水平不断提高。維生素缺乏症已大为减少，只有因病而消化吸收障碍或需要維生素量增加时才发生，需要用維生素治疗。

临床常用維生素有：乙属維生素乙$_1$、乙$_2$、乙$_6$、乙$_{12}$，維生素丙、維生素甲和維生素丁等。

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
維生素乙$_1$（B_1，盐酸硫胺）	片剂 10毫克	口服	5～30毫克/次，1日3次	5～10毫克/次，1日3次	維持神經、心脏和消化系統的正常功能，促进糖代谢，可用于：1.神經炎；2.食欲不振和消化不良；3.高热	
	注射剂 1毫升 10毫克 25毫克 2毫升 50毫克 100毫克	肌注或皮下	50～100毫克/日，或视病情而定	50毫克/日，或视病情而定		

药品名称	剂型规格	用法	用量：成人剂量	用量：小儿剂量	功用	注意事项
維生素乙₂(B₂,核黄素)	片剂 5毫克	口服	5～10毫克/次，1日3次	5毫克/次，1日2～3次	参与糖、蛋白质及脂肪代謝；維持正常视覚机能。用于：1.口角炎和舌炎；2.角膜炎和結膜炎；3.阴囊湿疹；4.脂溢性皮炎	遇光易变质
	注射剂 2毫升 5毫克	皮下	5～10毫克/次，1日1次	5毫克/次，1日1次		
維生素乙₆(B₆,盐酸吡多辛)	片剂 10毫克	口服	10～20毫克/次，1日3次	治惊厥 5～10毫克/次，1日3次	参与氨基酸与脂肪的代謝，用于：1.妊娠呕吐，放射病呕吐；2.防治异烟肼的毒、副作用	
維生素乙₁₂(B₁₂,氰鈷鋑)	注射剂 1毫升 50微克 100微克 500微克 1000微克	肌注	50～500微克/次，每日或隔日一次	50～100微克/次，隔日1次	1.有保护肝脏作用，可用于肝炎、肝硬变；2.治貧血	
維生素丙(C,抗坏血酸)	片剂 50毫克 100毫克	口服	50～100毫克/次，1日3次，或視病情而定	同成人，或視病情而定	增加毛細血管的致密性；刺激造血机能；增加机体抵抗力。用于：1.防治坏血病；2.各种急、慢性传染病；3.急性克山病；4.紫癜	1.一般不用皮下注射；2.不与碱性药物配伍；3.静注、静点时用葡萄糖液稀释
	注射剂 2毫升 0.1克 0.25克 5毫升 0.5克	静注或静点或肌注	0.25～0.5克/日 1日1次，或視病情而定	0.2～0.4克/日 1日1次或視病情而定		

药品名称	剂型规格	用法	用量 成人剂量	用量 小儿剂量	功用	注意事项
維生素丁$_3$(D_3)	注射剂 1毫升 30万单位 60万单位	肌注		30万单位/次 或60万单位/次 必要时可于2～4周后重复注射。	可促进钙、磷自肠道吸收并儲存于骨中，用于： 1.防治佝僂病； 2.婴儿手足搐搦症； 3.骨軟化症	1.用前先服钙数日； 2.过量可引起厌食、呕吐、腹泻、多尿、血钙过高等
維生素丁$_2$(D_2;骨化醇)	胶囊 1万单位	口服	1万单位/次， 1日3次	預防量： 400～800单位/日， 治疗量： 5000～1万单位/日	同上	同上
	注射剂 1毫升 40万单位	肌注		40万单位/次， 隔日一次， 連用2次		
維生素甲(A)	胶囊 2.5万单位	口服	2.5万单位/次， 1日3次	治疗量： 2.5～5万单位/日	維持上皮組織的正常机能和增强視网膜的感光性。可用于夜盲症、眼干燥症、皮肤粗糙等	长期大量用，可致食欲不振、腹泻、皮肤发痒、毛发脱落等
浓魚肝油(維生素AD滴剂)	滴剂 1瓶 10毫升 50毫升	口服		預防量： 3～6滴/日。 治疗量： 15～60滴/日	同維生素丁$_3$、維生素甲	本品1克含 維生素甲50000单位 維生素丁5000单位 1克=30滴
路丁(路通、維生素P)	片剂 20毫克	口服	20毫克/次， 1日3次	同成人	减低毛細血管脆性，为高血压病輔助药，并可用于过敏性紫癜	

局部麻醉药

本类药物可阻断周围神经的传导，使相应部位失去痛觉，多用于手术。但用量过大，可以吸收中毒（表现为中枢神经兴奋或惊厥）。如与小量肾上腺素合用，局部小血管收缩，可使局部麻醉时间延长并减少吸收中毒的机会。

药品名称	剂型规格	用法	用量		功用	注意事项
			成人剂量	小儿剂量		
盐酸普鲁卡因（奴佛卡因）	注射剂 0.25% 20毫升/支 0.5% 20毫升/支 1% 20毫升/支 2% 2毫升/支	注射	浸润麻醉：0.25～0.5% 痛点封闭：1%溶液。每次总量不超过1克～1.5克		1.浸润麻醉； 2.痛点封闭	1.本药毒性小，但用量过大也可发生吸收中毒。一旦发生惊厥，可注射苯巴比妥鈉治疗； 2.过敏反应少见。主要表现为过敏性休克
盐酸的卡因（地卡因、丁卡因、邦妥卡因）	注射剂 10毫克/支	注射或局部外用	表面麻醉：0.25～2%一次总量不得超过0.02克		穿透力强。主要用于表面麻醉，可用于配合硬膜外麻醉	毒性较普鲁卡因大10倍，不作浸润麻醉用
盐酸利多卡因（赛罗卡因）	注射剂 2% 10毫升/支 2% 20毫升/支	注射	表面麻醉：一般用1～2%溶液，一次总量不超过250毫克。 浸润麻醉：0.25～0.5%溶液，总量不超过400毫克		作用强、快而持久。适用于各种局部麻醉	毒性较普鲁卡因大一倍，用量应比普鲁卡因小⅓～½

外　用　药(注)

药品名称	剂型规格	功　　用	注意事项	配制方法
酒　精 (乙醇)	75%	有杀菌作用。常用于皮肤、器械消毒	75%酒精杀菌力强，95%者杀菌力弱	取95%酒精75毫升，加蒸餾水至95毫升，即得75%浓度
碘　酊 (碘酒)	酊　剂 2% 3%	有强大的杀菌作用（包括真菌芽胞）。常用于皮肤消毒	1.对机体組織有刺激性，不用作粘膜消毒； 2.对金属器械有腐蝕性，不宜作金属器械消毒	2%碘酊： 碘2克，碘化鉀0.8克，75%酒精加至100毫升。 3%碘酊： 碘3克，碘化鉀1.2克，75%酒精加至100毫升
紅　汞 (220)	溶液剂 2%	杀菌力弱，无刺激性。可用于粘膜、皮肤及小伤口消毒	对有污染的新伤口的临时消毒，效果不佳	紅汞2.0克，蒸餾水加至100毫升
呋喃西林	溶液剂 0.02%	杀菌力强，刺激性小，适用于冲洗創口，洗眼、湿敷及含漱等		純呋喃西林粉0.02克，精盐0.9克，加水（普通用水每2斤加明礬一小块，沉淀过滤后即可使用）至100毫升。溶解、过滤、灭菌后使用
龙胆紫 (紫药水，甲紫)	溶液剂 2%	1.有抑菌作用，刺激性小，可代替碘酊，比紅汞好； 2.能与坏死組織結合成保护膜，用于滲出、糜烂或潰瘍等		龙胆紫2克，75%酒精8毫升，加水至100毫升
高錳酸鉀	溶液剂 0.1%	有氧化作用，故可杀菌、除臭、解毒。用于洗滌伤口、坐浴、食具消毒	溶液应现用现配	0.1克高錳酸鉀，先用少量热水溶解后，再加水至100毫升
	溶液剂 0.01～0.02%	食物中毒时洗胃用		

续表

药品名称	剂型规格	功　　用	注意事项	配制方法
来苏儿(煤酚皂溶液)	溶液剂 1～10%	杀菌力强，可用于： 1．2%溶液洗手、皮肤消毒和一般器械物品消毒（浸泡1～2小时）； 2．5%溶液消毒传染病患者用过的器械物品(浸0.5～2小时)； 3．5%～10%溶液用于病人排泄物及环境消毒	高浓度有刺激作用	来苏儿 1～10毫升，加水至100毫升
新洁尔灭	溶液剂 5%	有杀菌、除污作用。刺激性弱。用于：皮肤、粘膜、创面及器皿的消毒。 1．0.1%溶液皮肤消毒（洗手应泡5分钟）； 2．0.1%溶液加0.6% 亚硝酸钠消毒器械（浸泡30分钟以上）	忌与肥皂及盐类相遇	取5%的新洁尔灭溶液2毫升，加水至100毫升，即得0.1%的溶液
大蒜点鼻剂	10%	含有蒜素，有抑菌或杀菌作用。可用于预防流感、流脑	对热不稳定，在室温中易失效	大蒜10克，捣烂，精盐0.9克，蒸馏水加至 100毫升
氯链点眼剂	溶液剂	1.眼部炎症； 2.也可点耳、鼻		氯霉素 0.25克，硫酸链霉素0.5 克，生理盐水加至100毫升

注：皮肤病常用药配制见第十六章。

妇产科常用药

包括：子宫收缩药，如麦角新硷、麦角流浸膏、脑垂体后叶素、催产素等；性激素，如己烯雌酚、黄体酮、睾丸酮等；治疗阴道滴虫病的药物，如滴維淨、卡巴胂等。此外尚有口服避孕药。

药品名称	剂型规格	用法	用量	功用	注意事项
馬来酸麦角新硷（麦角新硷）	片剂 0.2毫克 0.5毫克	口服	0.2～0.5毫克/次，或0.2毫克/次，1日2次	有强而持久的收縮子宫作用，从而压迫血管，制止出血。 用于： 1.产后出血（子宫收縮不良）； 2.月經过多或与月經无关的子宫出血	1.因对子宫作用特强，故不能用于引产及催产，否则可使子宫破裂； 2.长期或大量应用可引起中毒，輕则呕吐、腹泻，重则昏迷； 3.血管硬化、冠状动脉病者禁用； 4.静注前必須做过敏試驗
	注射剂 1毫升 0.2毫克 2毫升 0.5毫克	肌注	0.2毫克/次，必要时半小时后可重复一次		
		静注	0.2毫克/次，加入25%葡萄糖20毫升静注		
麦角流浸膏	流浸膏	口服	1～2毫升/次，1日3次， 极量： 4毫升/次 12毫升/日	同麦角新硷	同麦角新硷
脑垂体后叶素	注射剂 1毫升 10单位	肌注 静注 静点	5～10单位/次， 极量： 20单位/次	收縮子宫作用較麦角快而短，有升压和抗利尿作用。 适用于： 1.产后出血和子宫收縮不良； 2.肺出血、肝硬变呕血； 3.尿崩症	1.偶有过敏反应； 2.高血压、心脏病禁用； 3.静注加50%葡萄糖液20毫升稀释后慢注； 静点用生理盐水或5%葡萄糖液500毫升，稀释后慢滴
催产素	注射剂 1毫升 5单位 10单位	肌注 静点	5～10单位/次， 极量： 20单位/次	对子宫的作用同脑垂体后叶素，但无升压和抗利尿作用。用于产后出血和子宫收縮不良	静点方法同上
益母草流浸膏	流浸膏	口服	2～5毫升/次，1日3次	似麦角新硷	
己烯雌酚（乙菧酚、雌性素）	片剂 0.5毫克 1毫克	口服	0.5～1毫克，1日1次	为女性激素，能引起子宫内膜增生、阴道上皮增生和抑制乳汁分泌。 可用于： 1.功能性子宫出血； 2.退奶； 3.絕經期綜合症； 4.老年性阴道炎等	1.大剂量易发生恶心、呕吐、厌食； 2.长期使用可引起子宫肥大； 3.肝功能不良者慎用
	注射剂 1毫升 1毫克 2毫克	肌注	功能性子宫出血（出血量多时）16毫克/日，分2～4次，以后逐日减量（見第十三章）		

续表

药品名称	剂型规格	用法	用　　量	功　　用	注意事项
黄体酮（助孕素）	注射剂 1毫升 10毫克 20毫克	肌注	1.保胎：10～20毫克/日，直至症状消失后再巩固几天。2.功能性子宫出血（見第十三章）	1.有保胎作用，用于先兆流产和习惯性流产；2.也用于功能性子宫出血	天冷如有固体析出，可加温溶解后使用
甲基睾丸酮（甲基睾丸素）	片剂 5毫克	口服	視病情而定（見第十三章）	为男性激素，对卵巢功能、子宫内膜的生长有抑制作用，大剂量还可促使内膜萎縮。适用于各种类型功能性子宫出血、月經过多和子宫肌瘤等	1.剂量过大，可引起妇女男性化，故青年妇女使用时应慎重；2.肝功能不良者禁用
丙酸睾丸酮（丙酸睾丸素）	注射剂 1毫升 10毫克 25毫克	肌注	同上	同上	同上
滴維净（复方乙酰胂胺片）	片剂	塞入阴道内	1片/次，每晚1次，10～14日为1疗程	对阴道滴虫有抑制作用，用于阴道滴虫病	1.对宫頸、阴道有輕度刺激作用，可使其分泌增加；2.月經期禁用；3.用药期間禁止性交
卡巴胂	片剂 0.2克	同上	0.2～0.4克/次，每晚或隔晚1次，7日为1疗程	同上	
口服避孕片1号（复方炔諾酮）	片剂	口服	从来月經的当天算起的第五天开始服药1片/日，連服22日，不能間断。服完后，等下次月經来的第五天开始第二个月的服药，服法、剂量同上。以后継續按此法服	主要通过抑制卵巢排卵而达避孕作用。用于避孕	1.开始服药的2～3月内少数人可有輕微的恶心、头暈、嗜睡、呕吐等类似早孕的反应，一般不需处理；2.在規定服药期間如有漏服，可引起阴道出血；3.急、慢性肝炎、肾炎、子宫及乳房肿瘤病人禁用；4.本药可使乳汁减少

续表

药品名称	剂型规格	用法	用　　量	功　　用	注意事项
口服避孕片2号（复方甲地孕酮）	片　剂	口服	从来月經的当天算起的第五天开始服药1片/日，連服22日，不能間断。服完后，等下次月經来的第五天开始，第二个月的服药，服法、剂量同上。以后继續按此法服	主要通过抑制卵巢排卵而达避孕作用。用于避孕	1.开始服药的2～3月內少数人可有輕微的恶心、头晕、嗜睡、呕吐等类似早孕的反应，一般不需处理； 2.在規定服药期間如有漏服，可引起阴道出血； 3.急、慢性肝炎、肾炎、子宫及乳房肿瘤病人禁用； 4.本药可使乳汁减少

第十八章　治疗基本技术操作

消　毒　法

消毒就是消灭微生物，目的是防止感染。注射、针刺、伤口处理、导尿、手术、污物处理等，都需要应用消毒法，这是最常用而重要的一项基本技术。

消毒务必认真，不应有任何忽视或侥[音狡，jiǎo]倖的心理。否则，常常引起感染、化脓等，增添伤病员的痛害，甚至造成严重后果。我们必须用两个"极端"的标准，来衡量自己的每次消毒处理。

常用消毒药有：2%碘酒、75%酒精、1‰或0.5‰新洁尔灭液、来苏儿液、2～5%红汞（红药水）、1～2%龙胆紫（紫药水）等。

1．皮肤的消毒

（1）病人的皮肤：注射部位的皮肤，先涂碘酒，晾干，再用酒精擦去碘酒；或用0.1%新洁尔灭消毒。手术部位皮肤先剃去毛发，洗净后再消毒。涂擦时应由中心向周围进行。粘膜用2%红汞消毒。

会阴消毒，可用0.1%新洁尔灭；或先用温肥皂水和1‰来苏儿溶液冲洗，再涂2%红汞、酒精。不用碘酒。

（2）医生的手：洗净后，用碘酒、酒精擦手。手术时，先用温水仔细洗手，擦干，再用57%酒精或0.5‰新洁尔灭泡洗5分钟。

2．物品的消毒

（1）注射器、针头的消毒：注射器使用后，用肥皂水和清水洗净。针头用清水冲洗通畅。然后放在开水中煮沸15分钟。针筒和针芯不要套在一起煮。也可用蒸法消毒。

（2）敷料的消毒：凡是用在伤口上的纱布、棉花等，都应经过消毒。先裁好、迭成块，外加包布。新的放在蒸锅上水开后蒸30分钟。用过的，洗净，必要时用来苏儿液浸泡4小时，再漂清，晾干，蒸1小时可用。

(3) 金属器械的消毒：①煮沸法：煮沸 15～30 分钟，剪刀及锐利器械要用纱布包好。②浸泡法：用 1‰ 新洁尔灭或酒精浸泡 30 分钟。③火焰法：紧急情况下，可用酒精或白酒点燃灭菌。

(4) 手套的消毒：用煮沸法。煮前手套内灌些水，扎紧手套口，放入沸水中煮 15 分钟。导尿管等也可用煮沸消毒。

注意事项：(1) 必须计算时间，时间过短，不能达到消毒目的。(2) 用煮沸法消毒的物品，必须被水浸没，不可外露。消毒时间从水煮沸后开始计算。

注 射 法

1. **皮内注射** 选前臂下$\frac{1}{3}$处掌侧，用酒精消毒，不用碘酒。拉紧皮肤，针尖斜面向上和皮肤成 15～20 度角，刺入皮内，注一丘疹，拔针后不按压。多用 1 毫升注射器和细针头作皮内过敏试验（图 18-1）。

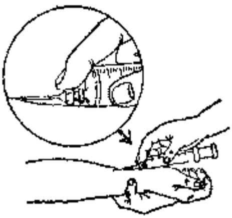


图 18-1 皮内注射

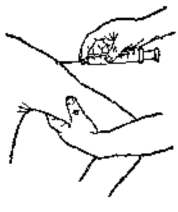


图 18-2 皮下注射

2. **皮下注射** 在上臂三角肌处，消毒后，绷紧皮肤，针头与皮肤成 30 度角刺入，注药应没有阻力（图 18-2）。

3. **肌肉注射** 在臀大肌外上$\frac{1}{4}$处，消毒后，绷紧皮肤，迅速垂直刺入针头的三分之二，慢慢注药，迅速拔针(图18-3)。

4. **静脉注射** 选四肢暴露明显的静脉，常用肘前面、腕上桡侧、踝上内侧等处的静脉。婴儿多用头皮静脉。注射肘部静脉时，露出注射部位，在其上方扎止血带，嘱病人握拳，使静脉充盈。局部消毒后，左手拉紧皮肤，固定静脉，右手持注射器，针头与皮肤成 30 度角，从静脉上方或侧方先刺入皮肤，再刺进静脉，见有回血时，松开

止血带，慢慢注药。注射后拔针，用无菌棉球压迫片刻（图 18-4）。

注意事项：(1) 注射部位皮肤要认真消毒。(2) 检查针头有无断裂，针头不可带钩。(3) 检查药液有无过期、变色或混浊，查对药品

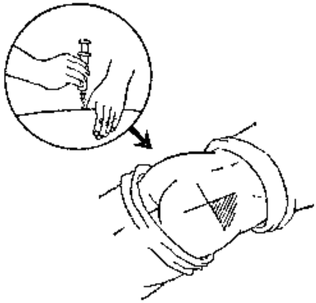


图 18-3 肌肉注射

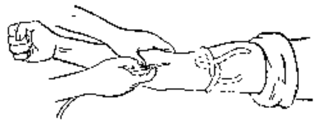


图 18-4 静脉注射

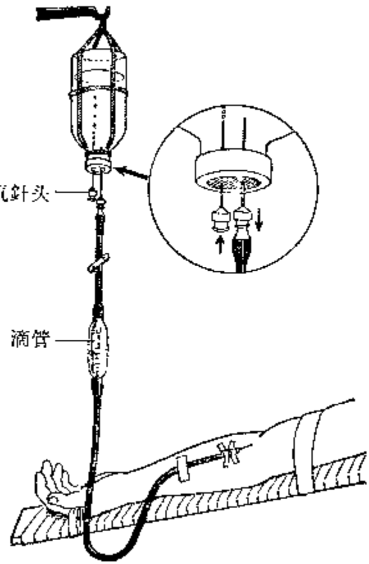


图 18-5 静脉输液

与药液是否一致。(4) 装好药液后，需排净注射器内的空气。(5) 肌肉注射时，推药前先抽一下，如无回血可注射，如有回血应更换部位。不可将针头全部刺入，以防折针。一旦折针，应立即固定折针部位，以便将针取出。(6) 静脉注射时，动作要稳、准。推药时针头要固定好，以免刺穿血管。如发生血肿，应另换部位重注，局部可热敷。

5. 静脉输液（图 18-5）

(1) 去掉输液瓶口中心铝盖，酒精消毒瓶口，插入已消毒好的输液管针头及排气针头。瓶倒挂在高处，调节玻璃滴管的液面，排净输液管内的气泡。

(2) 注射部位、方法与静脉注射同。穿刺成功后，固定好针头，并随时检查针头是否通畅。

(3) 调节点滴速度，成人 30～60 滴/分。心脏病及衰弱病人输液要慢（20～30 滴/分），小儿 1 岁以上 15～20 滴/分，1 岁以下 8～15 滴/分。

(4) 如输液中病人有发冷发热，酌情减慢速度或停止点滴。

青霉素、破伤风抗毒素过敏試驗

凡是没用过青霉素或停用青霉素 3 日以上的病人，再用青霉素时，需做过敏试验。注射破伤风抗毒素前，常规地做过敏试验。

1. 试验液的配制 青霉素试验液：青霉素 20 万单位用注射用水或生理盐水 2 毫升稀释；混匀后抽出 0.1 毫升稀释至 2 毫升；再抽取 0.1 毫升稀释至 2 毫升。这时试验液每 0.1 毫升含青霉素 25 单位。

破伤风抗毒素试验液：取每毫升含 1500 国际单位抗毒素 0.1 毫升，用生理盐水稀释至 1 毫升即可作试验用。

2. 方法

皮内试验法：最常用。将试验液 0.1 毫升和生理盐水 0.1 毫升，分别在前臂掌侧的对称部位，作皮内注射，成一直径小于 0.5 厘米的皮丘。15 分钟后观察，如皮丘增大红肿，直径超过 1 厘米；或皮丘周围明显红晕，甚或身上出现皮疹等，均为阳性，表示对该药物过敏。但如果生理盐水的皮丘也呈阳性，就不能肯定药物过敏。青霉素过敏者需改用他药；破伤风抗毒素过敏者，则需做脱敏试验（见后），然后

再注射抗毒素。做皮内试验前必须询问有无过敏史，如有对青霉素过敏者，禁作过敏试验。

球结膜试验法：用浓度大 10 倍的试验液滴入眼内，20 分钟后如眼部发痒，球结膜充血或水肿，为阳性。

3．**过敏性休克的急救** 做过敏试验或注射时，如出现面色苍白、出冷汗、胸闷、呼吸困难，甚至昏厥、呼吸心跳停止等，就是过敏性休克。急救措施如下：

（1）病人平卧，头低位。

（2）立即肌注 1‰ 肾上腺素 0.5～1 毫升，必要时数分钟内重复注射。针刺人中、十宣等。

（3）呼吸困难者可用氨茶碱 0.25 克（小儿每公斤体重 5 毫克）加 25%葡萄糖 20 毫升静脉注射。

（4）有呼吸抑制和心跳停止时，要作人工呼吸及心脏按摩。

（5）可注射可拉明、苯甲酸钠咖啡因等。

4．**破伤风抗毒素脱敏法**

（1）取每毫升含 1500 国际单位的抗毒素 0.1 毫升，加 0.9 毫升生理盐水，皮下注射。20分钟后，若无气急、紫绀、胸闷、心跳、荨麻疹等过敏反应，可再抽 0.2 毫升抗毒素，加 0.8 毫升生理盐水，皮下注射。如此，每隔 20 分钟加倍剂量注射一次。若注射 4 次而无反应，即为脱敏。若有反应而轻微，可待 20 分钟后再注射上一次剂量观察。若反应严重，则停止试验并立即救治。

（2）脱敏之后，可取抗毒素 0.1 毫升，加生理盐水 0.9 毫升，作肌肉或静脉注射（缓慢！）。20 分钟后加倍剂量。如此每隔 20 分钟加倍剂量注射一次，直至注射全部首次剂量。

輸　血

输血是一项重要的抢救和治疗措施，常用于大出血、休克、损伤等。伟大的国际主义战士白求恩，曾经把他的鲜血输在我们抗日战士身上。白求恩同志“**毫不利己专门利人**”的精神，是我们学习的光辉榜样。

输血是有阶级性的。在万恶的旧社会，劳动人民受着三座大山的压迫，生活上极端贫困，挣扎在死亡线上，常常被迫卖血糊口。今天，

在伟大领袖毛主席和共产党的正确领导下，社会主义祖国繁荣昌盛，劳动人民生活一天比一天美好。工人、贫下中农、解放军、革命干部和革命知识分子，都在为伟大的无产阶级革命事业努力奋斗。每当阶级弟兄伤病和战备需要输血时，人人争先献血的共产主义精神，已蔚然成风。当前，社会帝国主义加紧联美反华，不断对我国进行武装挑衅。我们坚决响应伟大领袖毛主席"**提高警惕，保卫祖国**"的号召，切实作好战备输血的组织工作，随时准备为英勇杀敌负伤的阶级弟兄输血。

输血工作包括：鉴定血型、配血(交叉试验)、采血和输血。

1．鉴定血型

(1) 取标准血清A、B型各1滴，分置玻片两端，做好标记（也可用干燥标准血清玻片)。如无标准血清，临时可用3人以上已知A型和B型血数毫升，将析出的同型血清混合，即成A型和B型血清代用。

(2) 以酒精消毒耳垂，用针头刺取血1～2滴，加入盛有1毫升生理盐水的小试管中，轻轻摇匀，做成红细胞悬液。

(3) 用吸管取红细胞悬液，向玻片上标准A型、B型血清中各加1滴，轻轻摇动玻片。3～5分钟后，观察有无凝集现象。必要时可用显微镜观察。

(4) 判定：B型血清中出现凝集，为A型；A型血清中出现凝集，为B型；两血清都出现凝集，为AB型；两血清中均无凝集，为O型（图18-6）。

2．交叉试验

(1) 分别抽受血者和供血者静脉血1～2毫升，各取1～2滴作成红细胞悬液。剩余的血分置于两个干净的小试管中，待血凝固析出血清（有离心机可使血清更快析出)。

(2) 玻片一端滴受血者的红细胞悬液和供血者的血清各1滴，另一端滴受血者血清和供血者红细胞悬液各一滴。将玻片稍加摇动（图18-7)。

(3) 30分钟后观察，如无血细胞凝集现象，则可输血。

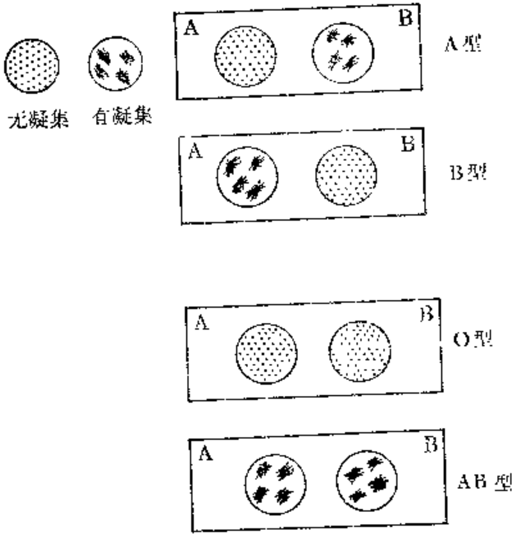


图 18-6 血型判定

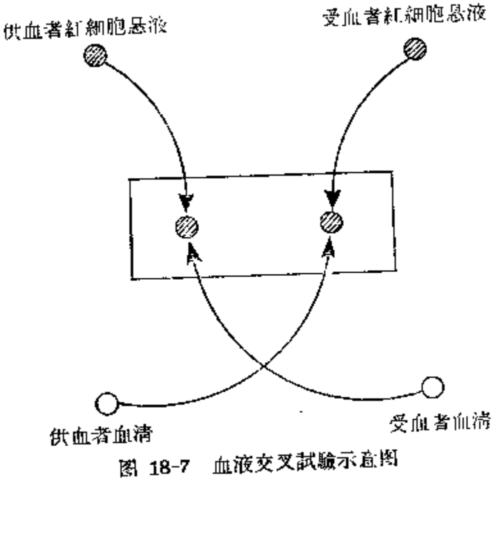
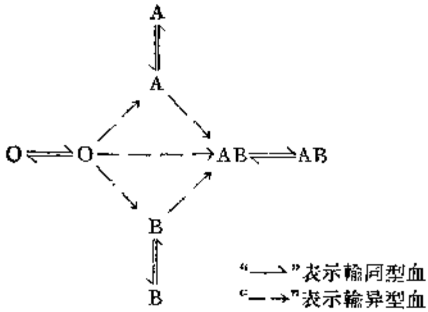


图 18-7 血液交叉試驗示意图

通常输血，应输经交叉试验证明无凝集现象的同型血。紧急情况下无同型血时，也可输异型血：O型血可输给任何血型的人，AB 型血的人可接受任何血型的血。但必须做直接配合试验，即受血者的血清和供血者的红细胞悬液直接配合，如无凝集现象才可输用。异型血输入宜慢，且总量不应超过 500 毫升。



同型、异型血输血关系示意图

3．采血

器材药品的准备：

输血瓶　可用无菌的静脉注射用生理盐水或葡萄糖空瓶（混有钙溶液的禁用）。

注射器　100 毫升注射器 1～3 个。

采血管　同静脉输液胶管。

粗针头（18 号）3 个，接采血管两端和作排气针。

抗凝剂　注射用 5% 或 2.5% 枸橼酸钠。

有条件时准备滤滴管 1 个。

将上述器具煮沸或蒸气灭菌后，装成采血瓶（图 18-8），瓶内加 2.5%枸橼酸钠，每采 100 毫升血用 10 毫升。

方法：

（1）在供血者肘前选好皮静脉。碘酒、酒精消毒皮肤（可在穿刺部位用 1% 普鲁卡因作局麻）。上臂中段用止血带绑住，使静脉鼓起，但不影响桡动脉搏动。

（2）将采血瓶放在低于采血部位約 1 尺半处。用采血针作静脉穿

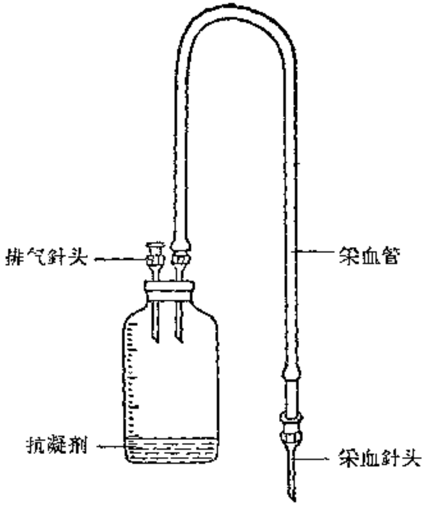


图 18-8 采血瓶

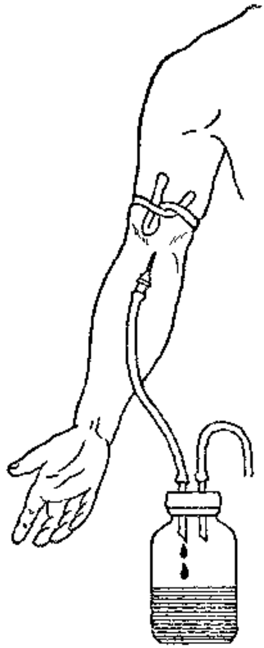


图 18-9 采血法（示意图）

刺，血流入采血瓶内。轻轻摇动采血瓶，使血与抗凝剂混合(图18-9)。健康人一次可采 200～400 毫升，对身体并无损害。

(3) 血采至规定量后，放开止血带，拔出采血针。用无菌棉球压迫穿刺部位。拔出瓶口处的针头。贴瓶签，注明血型、采血时间及供血者姓名。

4．**输血** 静脉输血方法与输液同。如待输的血有凝块，则应接滤滴管或用桶型输血瓶上盖 6～8 层纱布过滤后，再输用。输血速度，应根据病情而定，一般成人 40～50 滴/分，小儿 15～20 滴/分。

如无上述输血器材，可用 50～100 毫升注射器作直接输血。注射器中先抽好适当抗凝剂，接 18 号针头抽供血者静脉血。抽血速度要快。如要换注射器，应将针头保持在静脉内，轻按静脉，不使流血。拔针后再吸入空气少许，将注射器上下摇动几次，使血与抗凝剂混

合。然后换适当针头，注入受血者静脉内。

5. 输血反应

发热反应：可因输血用具不清洁或液体内有杂质引起。受血者出现寒战、发烧等。

过敏反应：轻者可仅有荨麻疹，重者可发生过敏性休克。溶血反应：主要因配血错误造成，有胸闷、寒战、发烧、呼吸急促、面色苍白、脉细弱，继之出现尿少或无尿、黄疸等。

防治：

(1) 医务人员必须极端的负责任，切实做好血型鉴定和交叉试验，输血前核对好血型，防止任何差错。尽量输同型血。

(2) 输血用具彻底清洗，严格消毒，采血输血时遵守无菌操作。

(3) 输血前1小时受血者口服鲁米那0.06克（小儿剂量0.002～0.003克/公斤）或肌注非那根25毫克（小儿0.5～1毫克/公斤/次）。

供血者在供血前4小时内不宜多吃富于脂肪和蛋白质食物，以防引起受血者过敏反应。

(4) 仅有寒战、发烧，可减慢输血速度，保温，并给镇静药。

(5) 发生荨麻疹，可肌注非那根25毫克或皮下注射1‰肾上腺素0.5～1毫升。发生过敏性休克，处理同药物过敏性休克。发生溶血反应，应急送医院抢救。

洗　胃

多用于急救处理，以除去胃内毒物或刺激物，避免吸收中毒。但吞入腐蚀性毒物、强酸、强碱者不宜洗胃，只能用稀释、中和、解毒等法急救。洗胃方法如下：

1. 病人坐或卧位，头稍后仰。用消毒或清洁的胃管或长胶管，外涂油剂，经口插入咽部，一边嘱病人吞咽，一边将胃管缓慢插入，至胃的深度为50～60厘米。用注射器将胃内容物尽量抽净。

2. 经漏斗或大注射器灌入生理盐水或1:5000高锰酸钾溶液，每次不超过500毫升。然后放低漏斗，使胃内液体流出。如此反复进行，直至洗出液和灌注液颜色相同为止。

灌　肠

用于帮助排便或灌注药物。

方法：病人侧卧。取灌肠器、导尿管或其他胶皮管，前头涂上油，插入肛门3～4寸，然后慢慢灌注液体。灌毕病人仰卧，尽量保持灌肠液5分钟以上，再排便；但直肠内用药的，最好不排出（保留灌肠）。排便灌肠时，成人用肥皂水或温水300～600毫升；小儿用温水，1岁以下50毫升，1～3岁100毫升。药物保留灌肠时，药液量約20～50毫升。

用咸菜条或肥皂条插入肛门，也能刺激肠管，引起排便。干硬粪块经灌肠仍排不出来，可用手挖出(有条件时可戴手套或指套)。

导　尿

多用于帮助尿潴留病人排尿。

方法：病人仰卧，女病人两腿屈曲分开。尿道外口用2%红汞或1‰新洁尔灭消毒。操作者手洗净，一手固定龟头或分开阴唇，另手用镊子将涂有无菌油剂的消毒导尿管，轻柔缓慢地插入尿道。女病人进入6～8厘米，男病人进入15～20厘米，到达膀胱，即有尿液流出。导尿完毕，将导尿管慢慢拔出。如需留置导尿，可用胶布将导尿管固定于外阴部。

注意：导尿务必做到无菌操作，不然可造成尿路感染，增加病人痛苦，甚至有严重的后果。

局 部 麻 醉

1．**局部浸润麻醉**　将局部麻醉药注射在手术区组织中，使被浸润的组织痛觉消失。用于切开引流、拔牙和小肿瘤切除术等。常用0.5～1%普鲁卡因液。先作皮内注射成丘疹，然后在皮下及深层组织内逐层注药，边进针边推药。间断抽吸，注意有无回血，以免将药注入血管内。

2．**神经阻滞麻醉**　将局部麻醉药注射在神经的周围，使该神经所分布区域达到无痛。用于拔牙或手部感染切开等。常用1～2%普鲁

卡因液。如瘭疽切开引流时，在手指近节两侧深部各注1% 普鲁卡因2～3毫升。

［附］ 局部封閉疗法（病灶周围封閉）

用于止痛、促进局部血液循环及炎症的消退。方法：皮肤消毒后，用0.25～0.5% 普鲁卡因液在病变周围或痛点作皮内和皮下浸润。隔日1次。用药量根据病变范围大小而定。5～10次为一疗程。注意：不可刺入炎症组织内，以免感染扩展。

切开和縫合

常用器械包括刀、剪、镊、止血钳、持针器、牵开器、针和线(图18-10)。

手术刀　大多是在刀柄上安装刀片。根据手术需要选安不同形状和大小的刀片。刀刃要锋利，用后要注意保存。执刀姿势，在较为用力切开时用执刀式，如图18-11之(1)(2)，作较精细的切开时用执笔式，如图18-11之(3)。

手术剪　组织剪，前端钝圆，用于剪开或分离组织；线剪，用以剪线、引流物及敷料等。执剪法如图18-12。此法用食指起稳定和向导作用，利于操作。执止血钳、持针器等器械的握法相同。

手术镊　尖端有齿的，用于夹皮肤、皮下、筋膜等组织；尖端无齿的，用于夹粘膜、血管、神经、肠壁等组织。执镊法如图18-13。

止血钳　用于夹住出血点或血管及分离组织等。有大、小、弯、直等不同规格。直的多用于浅部止血，弯的多用于深部。

持针器　用于夹持弯的縫合针。不能用止血钳持针，以免损坏止血钳。

牵开器　用于牵开手术区周围组织，暴露手术部位。有形状、大小不同规格。

縫合针　常用的有弯圆针和弯三角针。圆针多用于縫合皮下、肌肉、筋膜等组织；三角针用于縫合皮肤。

縫线　常用絲线。无絲线时可用棉线。

1．切开

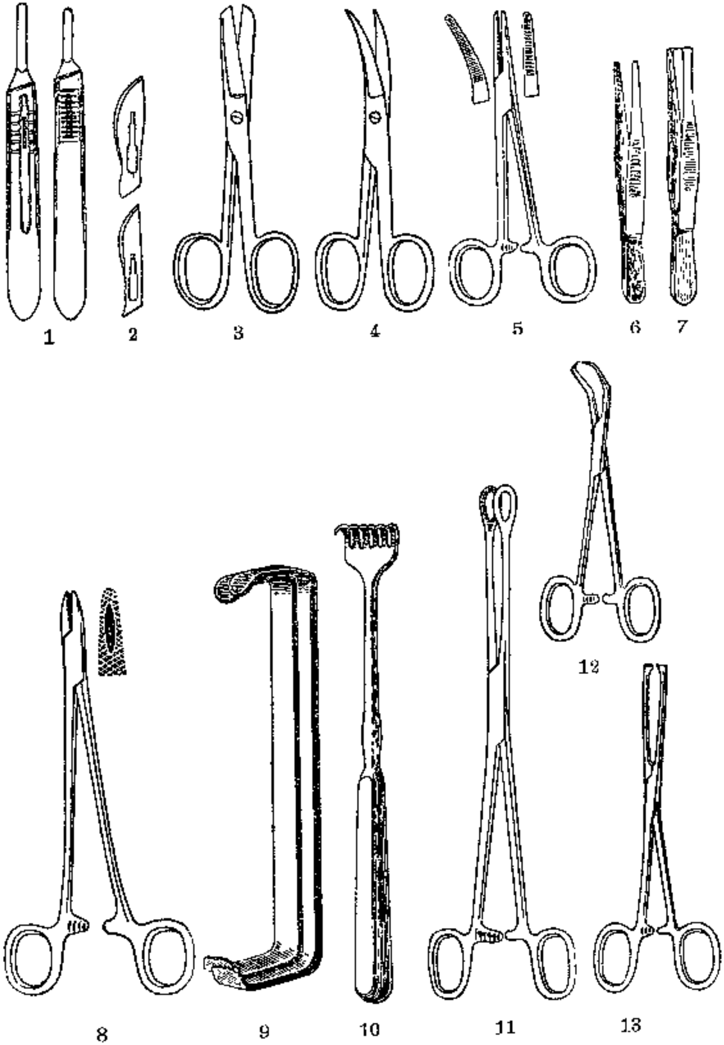


图 18-10 常用手术器械

1—刀柄；2—刀片；3—組織剪；4—縫剪；5—止血鉗；6—无齿镊子，7—有齿镊子；8—持針器；9—牵开器（小板鈎）；10—皮肤牵开器，11—环鉗；12—巾鉗；13—組織鉗

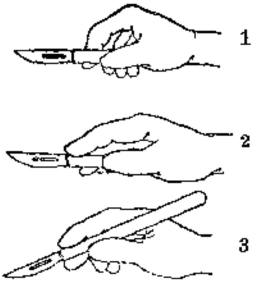


图 18-11 执刀法



图 18-12 执剪法

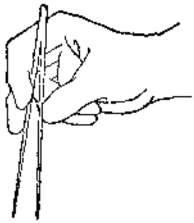


图 18-13 执镊法

切口选择：一般在最接近病变处作切口。避开较大的血管、神经，并尽量减少组织损伤。切口方向尽量与皮纹一致，使日后瘢痕少，且不妨碍功能。

切皮：左手固定局部皮肤，右手下刀。刀刃要与皮肤垂直，刀柄多与皮肤成45度角。适当施力，使切口深度适宜，边缘平直(图18-14)。

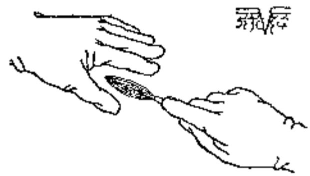


图 18-14 皮肤切开

皮下组织的切开：可以用刀切，也可用刀切开一小口，然后用组织剪插入皮下深筋膜下面，使与其下面的组织分离后，再剪开。切开皮肤和皮下组织后，用手术巾或纱布掩盖切口周围。

肌肉的分离：肌膜用刀切开。腱膜可用刀切开，也可先切开一小口，后用组织剪剪开。肌肉的分离，顺肌纤维方向者可先用刀柄或止血钳分开其中一处，再用牵开器或手指向两端扩开；若须与肌纤维交错，则可用刀或剪离断。

2. **止血** 手术时必须妥善止血，以减少出血，并使手术野显露清楚，便于操作。

毛细血管出血或渗血，可用干纱布或温盐水纱布压迫，几分钟后可止血。稍大的血管出血，先用止血钳夹住出血点，然后结扎；最好先显露血管，用止血钳夹住后切断，再用线结扎住。结扎要打方结，



图 18-15 手术結

不要打假结或滑结（图 18-15 ）。要扎得牢靠，结头不脱落和松解（图 18-16）。

常用的打结方法有三种，单手打结、止血钳打结以及双手打结。

打结后，将多余的线剪去，线头一般留 1～2 毫米，在重要部位为防止松脱，可稍留长一些。

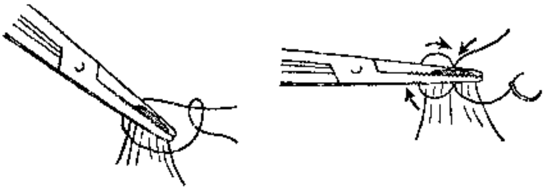
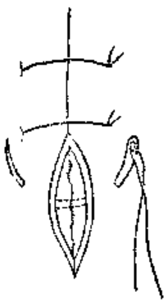
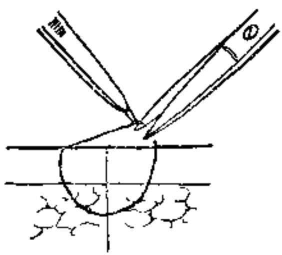


图 18-16 結扎止血

3. **缝合** 用于对合分开的组织，以利愈合；缝合还有止血作用。最常用的是间断缝合，即每缝一针打一个结（图 18-17 ）。

要求：(1) 按组织层次缝合；(2) 对合严密，不残留"腔隙"，创缘皮肤不内卷或外翻；(3) 结扎勿过紧，以免影响循环，也勿过松；


图 18-17 間断縫合法


图 18-18 拆 綫

(4) 皮肤缝合进针和出针距创缘0.5厘米，两针间相距約0.5～1厘米。

4. **拆线** 皮肤缝合一般5～7日后拆线。创口张力较大、老年人或营养不良的皮肤，可间断拆线或适当延期拆线。

消毒后，用镊子提起线头，露出埋于皮下的部分，贴近皮肤剪断线的一端，拔出縫线，再消毒局部，包扎（图18-18）。

脓 肿 切 开

化脓性炎症形成脓肿时，给予切开排脓、引流,可促进炎症消退。但结核性脓肿不宜切开。

方法：

1. 切口选脓肿最隆起和波动最明显处，大的脓肿选择脓腔最低位置（从病人常取的体位看）。要避开较大血管和神经。必要时需先作穿刺抽吸，证实脓肿的诊断。

2. 皮肤消毒。

3. 沿切开线作局部浸润麻醉或阻滞麻醉。

4. 用刀尖垂直切入脓腔，向两端延长切口，小脓肿切口最好达到脓肿边缘。脓肿大，可在脓肿两侧切开，作对口引流，以免切口过大。必要时用钝器或戴手套的手指伸入脓腔，分开脓肿内的分隔，以利排脓。排脓不应用手硬挤。

5. 然后放置引流条或轻填纱布，包扎。

换 药

换药是为了清洁创口，清除脓性分泌物，通畅引流，以利创口愈合。根据创口情况，可每日或隔日一次。

物品准备：换药碗(搪瓷碗)、镊子(筷子)、剪刀、探针、盐水或凡士林纱布、碘酒、酒精和敷料等。

方法：先仔细观察创口。然后消毒创口周围皮肤，用盐水棉球清拭创面，操作要轻柔。内层敷料与创口粘连甚紧，不易取下时，可用盐水湿润后揭起，以免损伤创面，引起出血、疼痛。扩开积存分泌物的腔隙，剪除坏死及过度增生的肉芽组织。留置引流条（橡皮管、橡

皮膜或凡士林纱布）。创面置盐水或凡士林纱布块后，用无菌纱布及绷带包扎。

注意：(1) 注意消毒，不要因换药污染创口。(2) 先换无菌创口，后换感染创口；感染轻的先换，感染重的后换。

人工呼吸与胸外心脏按摩

毛主席教导我们："**救死扶伤，实行革命的人道主义**"。当伤病的阶级弟兄生命处于危急的关头，我们必须竭尽一切可能去挽救。充分发扬"**一不怕苦，二不怕死**"的革命精神，坚持与死亡作斗争。上海曾有一位工人受高压电击伤，心跳停止 20 分钟以上。但是在工人阶级领导下，革命医务人员以战无不胜的毛泽东思想为统帅，许多单位协同作战，终于夺回了这位工人的生命，创造了前所未有的奇迹。我们要在实际工作中学习这种精神。

1. **人工呼吸** 呼吸明显受抑制，病人缺氧、发绀或呼吸已经停止，均应立即进行人工呼吸，每分钟 12～18 次。



图 18-19 口对口吹气法

(1) 口对口吹气法：病人仰卧，颈下垫枕，托起下颌，头尽量后仰，用一块手帕或纱布盖在病人口鼻上，急救者口对口将气吹入，吹气时捏住病人鼻孔，以免漏气，吹完松手。对婴幼儿不可吹气过大，以免吹破肺泡（图 18-19）。

(2) 仰卧压胸法：病人仰卧，头后仰偏向一侧，下胸部稍垫起。急救者两手压迫病人下胸部两侧，持续 2 秒钟，将气压出；然后松手，使空气吸入（图 18-20）。

(3) 俯卧压背法：病人俯卧，头偏向一侧，一臂弯曲垫于头下。急救者跪骑在病人大腿两侧，两臂伸直，两手的手指放在患者胸部最低部位，从病人的后下方压向前上方，持续压迫 2 秒钟，将肺内气体压出；然后松手，使空气吸入（图 18-21）。

注意事项：

(1) 松解衣扣，保持呼吸道通畅，口内有假牙、异物或分泌物时



图 18-20 仰卧压胸法



图 18-21 俯卧压背法

应立即除去。如舌向后坠，应将舌拉出口外。

(2) 人工呼吸动作，要快慢合适，用力适当，不应粗暴。

(3) 呼吸恢复时，可适当减少人工呼吸次数，待完全恢复后，或确实证明病人已经死亡，方可停止人工呼吸。

(4) 施行人工呼吸同时，可强刺激人中、十宣穴；肌肉或皮下注射兴奋剂，如25%可拉明 1～2 毫升或苯甲酸钠咖啡因 0.5 克。

2. 心脏按摩 一旦发现病人心跳停止，应立即进行胸外心脏按摩。

病人仰卧，急救者的手掌（单手或双手重叠）放在病人的胸骨下端，向脊柱方向按压下陷 3～4 厘米，然后松手（图 18-22）。每分钟 50～60 次。按摩有效时可摸到动脉搏动（如颈总动脉、股动脉等）。并同时作人工呼吸。

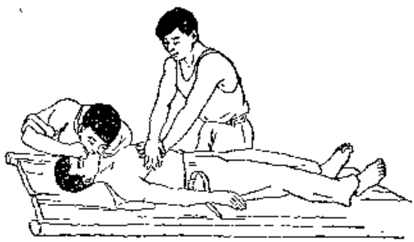


图 18-22 胸外心脏按摩

可经静脉注射强心升压药，如0.1%肾上腺素0.5～1 毫升等。必要时可心脏内注射肾上腺素 0.5～1 毫升（于胸骨左缘第四肋间，沿肋骨上缘垂直刺入心腔，一般成人刺入 4～5 厘米，抽出血后迅速注入药物，注毕立即拔出针头）。

心跳恢复后，必须继续观察，至脉搏有力、血压稳定为止，但必须警惕第二次发生心跳停止。

灸 法

灸法多用于风湿痛，虚寒腹痛、腹泻。用灸法时，要注意防止烧伤。

艾卷灸 将艾卷点燃，距穴位1寸左右熏烤，使皮肤出现红润为止。一般进行5～15分钟（图18-23）。

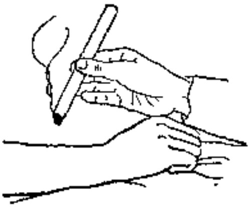


图 18-23 艾卷灸

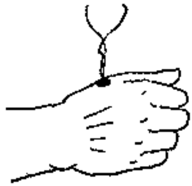


图 18-24 艾柱灸

艾卷的制法：把艾叶晒干、研细，筛去粗杂部分，即成艾绒。把适量艾绒均匀铺在纸上，把纸的两边叠到艾绒上，卷紧成卷（纸以易燃、燃后灰烬少的为好）。外面再用1～2层纸包卷，即成艾卷。

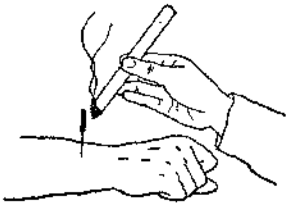


图 18-25 温针灸

艾炷灸 将艾绒捏成枣核大的艾炷，放在穴位上，点燃炷顶，逐渐烧到底部，病人有灼痛感即弹去，一般灸3～5个（壮）。根据病情的需要，可在艾炷下放姜片或蒜片（先用针刺若干小孔）或放食盐（图18-24）。

温针 针柄上附艾柱，针刺后点燃艾柱，使针加温（图18-25）。

拔 罐

拔火罐 是一种常用的民间疗法。此法操作简易，经济实用。常用于风湿痛、头痛、胃痛等。拔罐部位多选疼痛或其邻近部位。有陶质火罐、玻璃火罐、竹筒火罐等，也可用适宜的器皿代替。

投火法：将纸或酒精棉球点燃后投入火罐内，将罐迅速叩在应拔

的部位上，就可吸住。要注意防止烫伤，必要时可先在拔罐部位放一湿纸。

闪火法：用镊子夹住燃烧的酒精棉球，伸入罐内燃烧一会儿，将棉球抽出，迅速把火罐叩吸在应拔的部位上。

按 摩 疗 法

按摩又称推拿，是用双手在病人身体的一定的部位和穴位上，运用不同的手法进行治疗的一种方法。这种疗法，既不用药，也不需器械。适用于治疗许多疾病，尤其对于慢性腰腿痛、肩背痛、四肢关节软组织损伤的治疗，有较好的疗效，长期以来很受劳动人民欢迎。

按摩具有疏通经络、调和气血、舒展肌肉、滑利关节、改善机体生理功能并增强抗病能力的作用。因此，除治疗腰腿痛等有效外，对小儿消化不良、腹泻，小儿急、慢惊风，高血压等疾病，也有治疗作用。

1. **按摩手法** 按摩手法，种类很多，常用有、㨰、拿、按、摩、揉、搓、摇、推、点十几种。手法的运用随病情、部位而不同，也和医生的经验、习惯有关。但总的要求是要柔和、有力、持久，并要深透到组织深部，方能收到疗效。

㨰法 用手掌的外侧，推、压、揉、按病部的肌肉，适用于肩背、腰臀及四肢部位(图 18-26)。

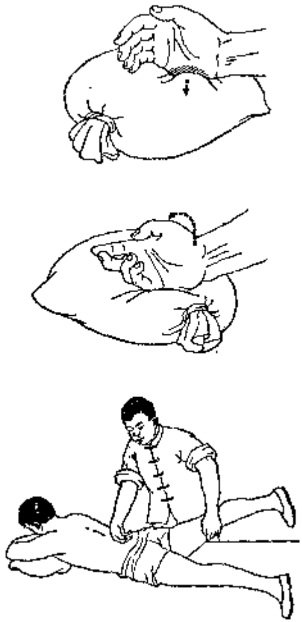
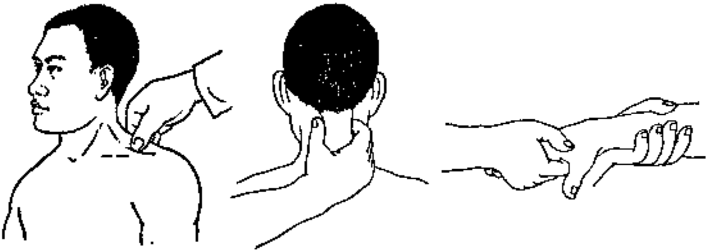


图 18-26 㨰 法

拿法 用一手或双手拿病部的肌肉、筋腱，用力提起，适用于颈项、肩、腋下及四肢部位（图 18-27）。

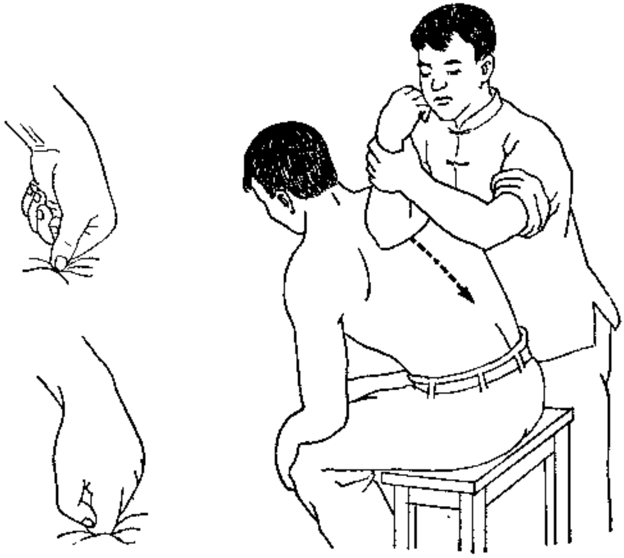
按法 用拇指指腹、食指屈指中节或肘关节鹰嘴突，按压一定部



1　　2　　3

图 18-27　拿　法

1—拿肩中；2—拿风池；3—拿合谷



1　　2

图 18-28　按　法

1—拇指和食指按法；2—肘按背部

位或穴位，慢慢用力，并稍加旋转，适用于全身各部（图 18-28）。

摩法　手掌平放病部，以腕关节为轴，作旋迴或往返摩擦动作，适用于腹部（图 18-29）。

揉法　用手掌内侧或掌根部紧贴病部，环转揉按（图 18-30），适用于腰部、腹部。

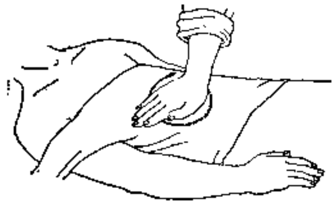


图 18-29　摩中脘

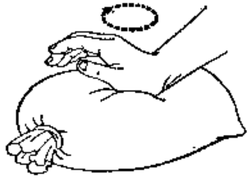


图 18-30　揉　法

搓法　两手抱住病肢来回搓动（图 18-31），适用于四肢。

摇法　两手分别托住或握住关节，向上下左右环转摇动，适用于头颈、四肢关节部位（图 18-32）。

推法　用手指或手掌在治疗部位上作前后左右推动。可用单手、双手或指推，适用于全身各部（图 18-33）。

点法　用一指或二指，点压一定穴位，适用于全身各部。

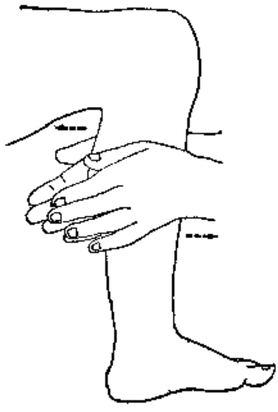


图 18-31　搓小腿

2．注意事项

（1）操作前，术者应修矫指甲，冬天并须温暖双手。病人坐或卧，体位要舒适，肌肉要放松。

（2）对小儿应先施行一些不会引起病儿恐惧的手法，手法要轻缓，勿过急过重。为防止损伤皮肤及增强疗效，手可沾姜汁、葱白头、滑石粉、酒精或其他中草药煎剂。

（3）运用手法时切忌粗暴，应在病人能忍受疼痛或生理活动的范围内进行。

（4）施治后，有的病人（尤其小儿）会感到疲倦，要让病人适当休息后再离开。

（5）皮肤病，水火烫伤，骨折脱位，患严重心、肝、肾脏疾病，

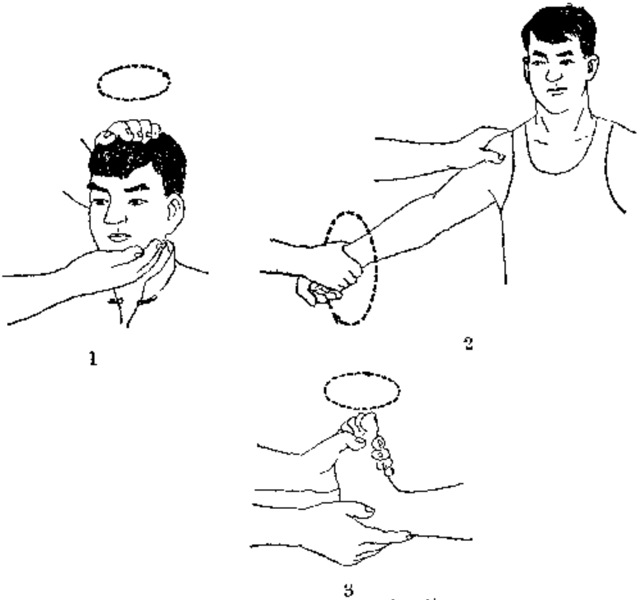


图 18-32 摇 法

1—摇頸部；2—摇肩关节；3—摇踝关节

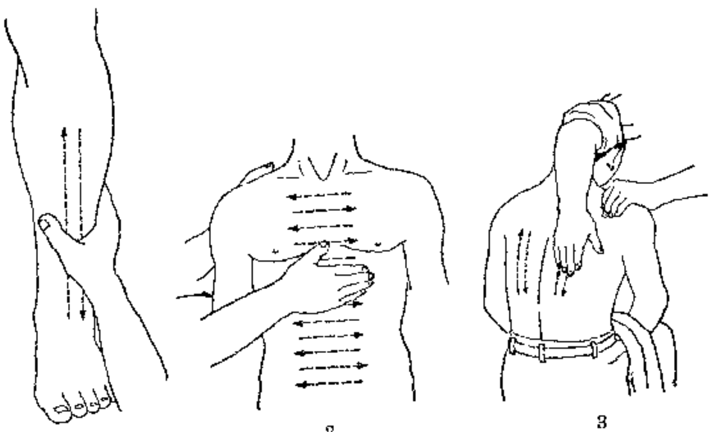


图 18-33 推 法

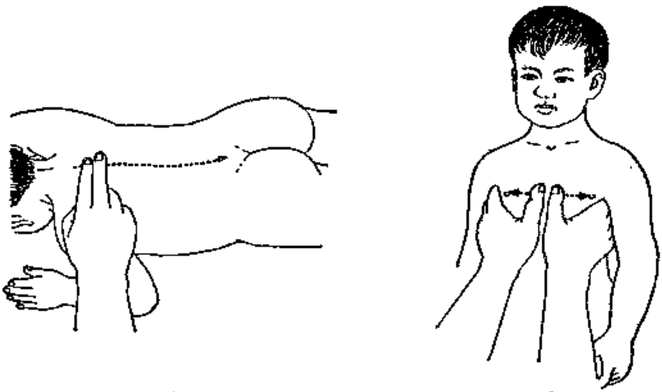
1—用大魚际平推小腿部；2—用全掌平推胸腹部；3—用全掌平推背部

肺结核活动期，肿瘤及妇女孕期、月经期、产后虚弱者，均不宜按摩。

3．小儿按摩 小儿血气未充，脏腑未固，皮肤娇嫩，因此手法与成人不同。

（1）常用手法：

推法　有二种：①直推法：用拇指或食指、中指指腹在穴位上作直线推动（图18-34之1）。②分推法：用双手拇指指腹自穴位中心点分别推向两端（图18-34之2）。



1　　　　2

图 18-34　小儿推法
1—直推法；2—分推法

揉法　用中食指指腹，屈指关节或掌根贴住穴位，作轻柔缓和的回旋揉动（图18-35）。

捏脊法　用双手食指二、三节顶住并推起皮肤，然后用大拇指捏起。两手交替，自尾骶处起沿脊柱后侧向上，边推边捏边放，直至大椎穴处为止。共捏3遍（图18-36）。有时捏三下，即用力将皮肤向上提拿一下，称三捏一提法。

（2）小儿常见病按摩疗法举例：

感冒发热，用拇指指腹沾凉水揉大椎穴100下，脾俞穴50下，脊柱两旁捏脊300下。无汗加分推三关（从腕横纹起到肘横纹止）300下，咳嗽加分推膻中300下。

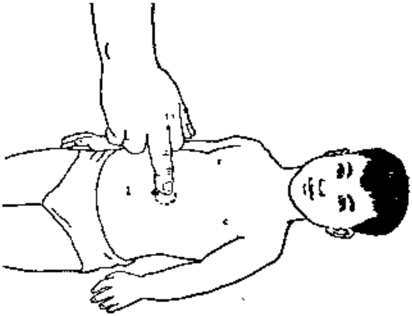


图 18-35 揉 法

呕吐，分推膻中50～100下，揉摩中脘5分钟，按足三里1～2分钟。

疳积，揉摩中脘5分钟，腹部3分钟，揉腹3分钟，推七节（第4腰椎到尾骨端为止，由下向上推）200下，捏脊5遍。

腹泻，摩腹5分钟，揉脐5分钟，推七节200下，按摩足三里2分钟。



图 18-36 捏脊法

第十九章　防治工作十例

一、"预防为主"讲用稿

我们大队地处黄土高原，有四个生产队，269 户，1220 口人。遵照伟大领袖毛主席"**应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业**"的教导，从 1952 年起，坚持 18 年如一日，开展群众性的爱国卫生运动。从 1956 年起，培养了自己的"赤脚医生"，办起了大队卫生所。1959 年开始实行"集体集资，治病免费"的合作医疗制度。特别是无产阶级文化大革命以来，在亲人解放军的帮助下，我队积极推广新医疗法，发展中草药，开展群防群治，使我队的卫生状况发生了根本的改变，疾病大大减少，社员群众精神振奋，身板壮实，从而保证了"**抓革命、促生产、促工作、促战备**"。我们开展预防工作，有以下几点不成熟的体会：

第一、宣传毛主席"**预防为主**"的方针。

我们深深体会到，要坚持卫生工作面向工农兵、为大多数人服务的这一根本方向，必须认真贯彻"**预防为主**"的方针。多年来，我们通过大会、小会宣传，举办各种类型的毛泽东思想学习班，学习毛主席"**预防为主**"的方针和毛主席对卫生工作的重要指示，用毛主席预防为主的思想武装群众，使群众认识预防工作的重要意义。群众认识到："看病再方便，不如不得病"；"要想少生病，必须讲卫生"。贫下中农说："'**预防为主**'，代表了咱们贫下中农的根本利益。"

第二、狠抓卫生教育，启发讲卫生的自觉性。

毛主席教导我们："**我们必须告诉群众，自己起来同自己的文盲、迷信和不卫生的习惯作斗争。**"十八年来，我们遵照毛主席这一教导，狠抓了卫生教育工作，把普及群众卫生知识当作卫生工作的一项重要任务。多次举办了卫生夜校、卫生知识讲座和展览；并利用田间休息、晚上记工和医生看病的机会，宣传当时群众需要的除害和防病知

识。有计划地在学校教师，托儿所保育员、饲养场饲养员、农业治虫专业队和家庭妇女中，培养一批卫生骨干力量。

第三、发动群众，打一场除害灭病的人民战争。

我们遵照毛主席“**动员起来，讲究卫生，减少疾病，提高健康水平**”的伟大号召，坚持不懈地开展群众性爱国卫生运动。把群众运动和专业队伍结合起来，以群众运动为主；把经常工作和突击运动结合起来，以经常工作为主。每年在春节前、夏收和秋收前大抓三次。各家都来一个大扫除、大洗刷。我们的口号是“五灭”、“三管”。

1．“五灭” 就是灭蚊、蝇、鼠、臭虫、跳蚤。办法是工具扑打、药物毒杀。还有艾蒿驱蚊，桃叶灭蛆，开水烫臭虫等土办法。现在作到了卫生员定期在厕所喷药灭蛆，在社员家里喷药灭蚤。

2．“三管” 就是管水、饮食卫生、粪。我们改良的水井全部作到了“五有”，改良池塘作到了蓄水清洁。饮食卫生主要是宣传不喝生水，不吃腐败变质食物，剩饭要回锅加温。粪便管理一是建立地段清扫制度，及时清除街巷粪便和垃圾；二是建立家庭积肥坑，生产队每月收一次，坑的优点是不怕风吹，雨打，鸡刨，防止粪便流失；三是建立地头沤肥场，地头堆封，作到“粪便垃圾无害化，污物生肥不下田”；四是狠抓厕所、禽窝、畜圈的改良，把饲养场有计划地搬到村边。

第四、及时预防接种，定期作健康普查。

1．认真搞好预防接种，全队大人孩子都建立接种卡片，每次接种都作登记。由于我们坚持普种，几年来基本上没有发生传染病流行。

2．积极开展中草药预防服药活动，由“赤脚医生”和卫生员统一配制预防药，发动群众人人服药。如用贯众汤、生姜葱根汤预防流感、感冒；用紫草汤和吃尿泡鸡蛋预防小儿麻疹；夏秋季吃大蒜、马齿苋预防痢疾、肠炎等，都收到了良好的效果。

3．每年进行一次健康普查，人人有卡片，户户有健康袋。及时普防普治，避免了小病拖成大病，这也是预防工作的一项重要措施。

通过这样的预防工作，四害大为减少，发病率大大降低，传染病的发病率，1952 年是 13%，现在是除个别小儿麻疹外，其他传染病均未发生。气管炎、胃病、肝炎、关节炎等的发病率，1952 年是

10.3%，如今降到0.7%。人的寿命大为延长，1948年死亡人口的平均年龄是27岁，现在则是70岁。卫生工作搞好了，粮棉大幅度增产，小麦已跨"纲要"，过"黄河"。合作化之前，我队每年缺粮7万斤左右，而去年我们向国家上交了余粮17万斤。

我们的工作作得还很不够，在党的"九大"精神鼓舞下，我们"要认真总结经验"，更好地活学活用毛泽东思想，把预防工作作得更好。

（我们在×地进行农村实际调查时听到的一次讲用会的记录）

二、診疗病例討論

病历摘要

王忠东，男，35岁，贫农社员。1969年9月15日晚发病。主诉发烧約4～5小时。病人当日早上就觉得头痛、全身不适，但仍出工劳动。午后开始发热，头痛加重。早晨排大便一次，外观如常，排尿也无特殊。前一日他曾到公社办事，在那里吃的午饭。查体：体温39度，面红，精神不太好。鼻咽、心、肺、腹未发现异常。舌尖红、苔厚白，脉洪数。当时"赤脚医生"给予针刺曲池、合谷，银翘片1包，苯巴比妥0.06克治疗。次日清晨，"赤脚医生"又主动到家往诊。病人说，夜里仍发高烧，天亮前有腹痛，排便2次，较稀而有粘性，觉得急得不能等待。体温40度。心肺仍无特殊。腹部有轻度膨胀，按之胀痛，肠鸣音亢进。舌苔转黄，脉濡数。病人又排便一次，观察大便为粘液脓性。治疗改为葛根2.5钱，黄芩3钱，黄连1钱，马齿苋2两水煎服（一日2次），黄连素穴位注射（止泻穴、天枢，每穴0.5毫升，一日2次），复方安基比林穴位注射（曲池0.5毫升）。嘱家属给病人喝小米稀粥，忌生、硬、油，注意全家饮食卫生，并将病人大便加热草灰、深埋土下。治疗3日后病人体温正常，腹泻停止。继续服马齿苋湯3日。以后未复发。

討　論

教员：今天想通过这个病例，讨论关于下痢（腹泻）的问题。請大家先谈一谈诊断。

学员甲：我看这位病人得的是急性细菌性痢疾，因为他有菌痢的主要特点：发病急，排粘液脓性便，次数较多，有里急后重感。

教员：我们诊断这个病例时，除了急性菌痢，还应当想到其他病的可能性。只有认真分析，区别其他疾病，才能使诊断达到准确。

学员乙：这个病例的第一天经过，容易使人误认为重感冒或流行性感冒。病人有头痛、发热、全身不适等，医生也是按重感冒处理的，因为与实际病情不符合，所以效果不好。不过，遇到这种头痛、发热的情况，应当怎么鉴别？

教员：一开始就发生头痛、发热的疾病很多，感冒、流感、流脑、肺炎、疟疾等许多疾病都有这类症状。所以应当比较详细地询问病史，比较全面地查体。这位病人发病的第一天，虽然有点象是感冒，但是没有鼻塞流涕、咽充血、咳嗽等病状，这就表示病变不是上呼吸道感染。发病是在秋季，不应该排除胃肠道传染病的可能。第二天出现了下痢，诊断就明确了。为了使诊断更加准确一些，我们还应当想到哪些其他病呢？

学员丙：还要想到急性胃肠炎和阿米巴痢疾。急性胃肠炎和菌痢相同的症状是发热和腹泻，不同点是前者常有呕吐、腹痛，腹泻以水泻为主，每次大便后腹痛减轻，里急后重不明显。阿米巴痢疾发病缓慢，发热轻，大便次数不如菌痢多，粪便中血性物较多。所以，这个病例不属于这两种腹泻，而是菌痢。

学员甲：如果是两岁以内的小儿，秋季也可发生吐泻。但与菌痢不同，主要的区别是大便外观象水，可带有粘液和奶瓣，却没有脓和血，全身变化主要是脱水，不象小儿菌痢时的中毒症状。

学员甲：中医是怎样诊断这类疾病的？

教员：祖国医学对痢疾的辨证主要是分湿热和寒湿。湿热痢是指有腹痛、下痢赤白、里急后重、口渴、小便短赤、舌白腻、脉濡数或滑数，应当清热除湿。其中有的病人湿毒化火，可出现高热、昏迷或惊厥，或者肢冷、出汗、脉细弱等，相当于中毒性痢疾。寒湿痢是指下痢色白如鱼脑、无热、胃口不好、腹胀、精神疲倦、四肢不温、苔白腻、脉弦细，应当温中化湿。这位病人的痢疾属于兼有表证的湿热痢。现在，我们可以讨论治疗。

学员丙：痢疾用马齿苋治疗效果很好，也很方便。链霉素、磺胺脒、痢特灵、黄连素、合霉素等也有效。

学员乙：用中草药对合作医疗有利，这些药是我们自己采制的。我看书上介绍清热燥湿的中药如黄连、黄柏、秦皮、苦参等，都可以治疗痢疾。对吗？

教员：治痢疾的中草药种类很多，可以根据各地产药情况选用。但是，还应当根据具体病情，如发热程度、排便情况、身体壮实或虚弱等辨证施治。

学员甲：我治过几个痢疾病人，有一点体会。就是除了选用一两种草药煎水口服以外，对严重的症状还可采取新医疗法。比如高热可取大椎、曲池穴位注射，腹胀可取天枢、气海注射，腹泻可取止泻穴、效果不错。

教员：辨证施治的基本原则也就是这样。比如，除了用黄连、黄柏等，还可以酌情加用一些药如木香或青皮（理气，可治腹胀腹痛），葛根、黄芩（清热），这样效果就会更好。应当指出，对急性痢疾一般不宜用止泻药，肠道内痢疾杆菌未消灭以前，止泻只会加重中毒。只要治疗彻底，就不会继续腹泻的。这个病例的处理，还有一点值得我们大家学习的，就是这位"赤脚医生"重视预防。他在治疗病人的同时，把预防的知识交给病人家属，发动家属做好预防工作，做到了防治结合。

三、診疗病例討論

病历摘要

张桂琴，女，52岁，主诉咳嗽已二十多年，气喘发作半小时。

病人二十多年前因受寒得咳嗽。开始每年冬季易伤风咳嗽。近五、六年咳嗽加重，夏季也常发生，冬季经常有气喘、气急，发作时家里活也不能做。咯痰多为白沫状，有时见黄痰，并有发热，无寒战。便干，尿少面色黄。

查体：体温摄氏37.6度。消瘦。不能平卧，咳嗽，呼气性呼吸困难，呼吸26次/分。口唇稍青紫而干燥。舌苔薄黄。脉滑数。面额微肿，咽轻度充血，颈静脉稍怒张。肺部呈鼓音，肺肝界在右锁中线

第七肋间，两肺听到干、湿罗音，并有哮鸣音。心界缩小，心音较弱，未听到杂音。肝在肋缘下約2厘米，平滑，软，无压痛。呈杵状指。

诊断：咳喘病（哮喘性支气管炎，肺气肿）。

处理：(1) 定喘、丰隆穴位注射（5%阂敛）；耳针肺、平喘。(2) 长效磺胺1.0克，每日1次。(3) 治喘丸（本队自制，含麻黄、杏仁、甘草、黄芩、半夏各等分）每次2钱，一日3次。

討　　論

赵（公社卫生院医生）：现在开始讨论，希望大家踊跃发言。

李（“赤脚医生”）：咳喘病是我们这一带农村的常见病。我们队就有三位病人，为这病经常不能下地干活，而且发作起来非常痛苦。他们过去都到县里去看过病，说是沒有什么好办法治。

张（“赤脚医生”）：那是无产阶级文化大革命以前，不少医生中了“刘毒”，对常见病不重视，对贫下中农缺乏阶级感情。去年我们学习时，医疗队老师都进行了革命大批判。大家提高了认识，就主动送医送药上门。

李：我的意思就是这样，对常见病用不用心治疗，是个“为什么人的问题”。咱们今天好好学一学，回去好给老乡解除痛苦。

赵：可以先谈谈诊断，比如咳喘病急性发作，应当和肺炎、肺化脓症区别。

王（“赤脚医生”）：肺炎在成年人多是大叶性。发病急，体温高，咯痰是铁锈色，叩听诊肺的一部分有改变，严重时可引起休克。年老体弱时发生的支气管性肺炎，有呼吸困难，全身中毒严重。肺化脓症的特点是咯脓痰，把痰留在杯子里可看出三层，上层泡沫，中间液体，下层是脓。

赵：说得对。你们看看诊断还有什么问题？

张：哮喘还有心脏病左心衰竭引起的，常在夜里发作，病人面色苍白，心慌不安，出冷汗，脉细弱而快，可咯出粉红色痰，心脏有明显改变。这位病人不象是心脏性哮喘。但她究竟有沒有肺原性心脏病呢？

李：我看有。她的颈静脉有点怒张，肝肿大，脸也肿一些，这些都是右心衰竭的表现。还有杵状指，表示有长期慢性缺氧。

王：肝不见得是肿大。她有肺气肿，使肺肝界下降。心衰引起的郁血肝，会比较大，而且会发硬。另外往往同时发生下肢水肿。这位大娘还没有心力衰竭。不过，如果病情继续进展，就会发生心衰。

赵：小王的分析有道理。现在讨论一下治疗问题。咳喘病是一种比较复杂的病。毛主席教导我们说：**"研究任何过程，如果是存在着两个以上矛盾的复杂过程的话，就要用全力找出它的主要矛盾。捉住了这个主要矛盾，一切问题就迎刃而解了。"**我们应当遵照这一教导来研究咳喘病。

王：对。我认为咳喘病的主要矛盾，是气管支气管的炎症和痉挛。炎症刺激可引起痉挛；痉挛使组织缺血，又加重了炎症。大部分病人开始时是感染——支气管炎，一部分开始是过敏性痉挛——支气管哮喘，到后来两项兼有，当然仍旧有偏重。防治咳喘病应当捉住这个主要矛盾。

李：我同意小王的看法。不过有一个问题，比如用青霉素、磺胺抗感染，又用麻黄素、肾上腺素缓解支气管痉挛，为什么效果往往不够满意呢？

张：我认为可能有两层原因，一是它们的作用不够持久，只有短时间效果；二是这类药并没有从根本上改变人体内部条件。我看一些新医疗法就比较有效，比如穴位注射、埋线或割治，它们的作用显然会比吃药打针持久，而且可能起调节人体内部的作用。因为，经络穴位本来就是人体内部联系的反应点。

李：对！毛主席教导说：**"内因是变化的根据"**。应当想方设法调动人体内部的消炎和抗痉挛的因素，增强人的抗病能力。

赵：祖国医学治疗咳喘病有不少经验。祖国医学治咳嗽和哮喘，分类和现代医学不同。就是把各种病因的咳嗽哮喘，按表里、寒热、虚实分类。治咳嗽以治肺为主，常用杏仁、贝母、桔梗等。咳嗽有痰，可用半夏、陈皮、甘草等。寒咳，指痰白、苔薄白、脉紧等，常用款冬花、紫菀、苏叶等。热咳，指痰黄、苔黄、舌尖红、脉数等，常用桑叶、菊花、芦根等。草药鱼腥草等也可用于热咳。治哮喘常用

麻黄，祖国医学也认为麻黄是治喘的标，不是本。热喘时可加杏仁、石膏、甘草等，寒喘时可加半夏、细辛、五味子等，辨证基本和上面的热咳、寒咳相同。治喘的本是补脾滋肾，脾肾虚引起虚喘，指消瘦、手足凉或手心脚心发烧、消化不良、腰酸等，不用麻黄，而应用肾气丸或地黄丸。我们讨论的这位病人，属于热咳喘兼有虚证，所以在原有的治疗上最好能加用补脾滋肾法。你们看，还有什么治疗上的要点？

李：咳喘病是一个过程较长的病。毛主席教导我们说：**"如果人们不去注意事物发展过程中的阶段性，人们就不能适当地处理事物的矛盾。"**咳喘病大体可分三个阶段，病变局限在支气管——扩展到肺（肺气肿）——扩展到心脏（肺心症）。及时治疗前一个阶段，就是预防后一个阶段。这是很重要的，我们医生和病人都应当树立预防观点。治疗支气管炎和哮喘是根本措施；有了明显的肺气肿，就要减轻劳累，保护心脏；有了肺心症，就必须防止心力衰竭。我们村有几个老咳喘病人，这二年由于预防抓得紧，经常主动送医送药上门，病情不但没有发展，相反见好了不少。

赵：小李的经验很宝贵。治疗咳喘病应当强调"坚持"两字。坚持治疗，就是要较长时间地消炎、抗痉挛(哮喘)，不使它们急性发作。这样，慢性病变就会逐渐好转。坚持锻炼，在治疗的基础上积极锻炼。我有一个同志，得了咳喘病，嗓子都有点发哑了。他听人劝告，戒了烟，天天早上起来用凉水洗脸擦澡，冬天也坚持擦上半身；一年多来，一直没有发作。我看这个例子很启发人，就是说人体内部有巨大的克服疾病的能力，关键在于怎样去充分调动。象那位同志的经验，值得在中年以下的病人中间推荐。回到这位张大娘的治疗来说，我们应当在她的心脏机能能够代偿的期间，竭尽一切努力控制炎症和哮喘，坚持下去，就可能得到根本好转。

四、临床讲课提綱——全身性水肿

先介绍一个病例：

病人 19 岁，女性。七、八日以来，全身无力，头晕，脸和眼皮发紧（早起比较明显），腰酸痛，尿少而发红。但仍坚持下地劳动。

“赤脚医生”在地里劳动，发现她眼睑浮肿，把她领到合作医疗站检查。进一步了解到病人过去一向健康，只是約四个月前得过一次发热、头痛、咽痛，吃了一些镇痛片和银翘解毒丸就好了。查体：体温37.4度。面额、眼睑和小腿中度浮肿。咽轻度充血，扁桃体无异常。舌苔薄白，脉浮滑，85次/分。血压136/100毫米汞柱，心尖部第一心音增强、有轻度收缩期杂音、心律整。肝脾未触到。腰部无压痛及叩痛。尿色稍红、不清，用简易法化验有蛋白。

这位病人的主症是水肿。水肿就是组织间质内存积过多的体液。水肿经常伴有尿少，尿量增多可使水肿减轻。水肿分全身性和局部两类，这位病人的水肿是全身性的（面部和小腿部浮肿）。

诊断

“我们看事情必须要看它的实质，而把它的现象只看作入门的向导，一进了门就要抓住它的实质，这才是可靠的科学的分析方法。”水肿是某些病的现象，应当分析它的病因。

1．全身性水肿的病因诊断，应考虑：心——心力衰竭；肝——肝硬变等；肾——肾炎等；还有其他病因，如妊娠期变化、贫血等。因此须全面地检查病人。就水肿来说，注意它的分布、发生顺序、程度（用指按压）等，对病因分析有一定的帮助。

各种心脏病只要发生右心衰竭，静脉血回流不畅，组织郁血，就会引起水肿。这类水肿多先从下肢开始，逐渐向上扩展，早上稍轻，下午稍重。常伴有颈静脉怒张和肝肿大（肝郁血）。检查心脏有明显改变，或肺有改变（肺心症）。这位病人虽有轻度收缩期杂音，但无其他和心脏病相象的病状。

肝病引起的水肿，也多由下而上，伴有肝肿大或肝发硬、脾肿大、腹水等。显然，这位病人的水肿不是肝病引起的。

病人的病状符合急性肾炎。肾炎有三个主要病状，即水肿、尿的异常和高血压。水肿多从面部、眼睑开始，早上稍重。肾炎常有某种感染病史。

2．祖国医学认为，水肿的形成主要由于肺、脾、肾三脏失调（内因）。肾主水，脾主运化，肺主气，气行水才能行，所以它们与水的正常运行都有密切关系。外感风寒或受湿邪（外因）可引起内脏对水

的运化、输布失常，如：

肺受风寒侵袭，不能通调水道，使水从膀胱输出，所以尿少，水溢于皮肤成水肿，按压成凹陷，叫做皮水。这时，眼睑肿在先，继有四肢全身肿，恶风，发热，咳喘等，舌苔多薄白，脉浮，又叫做风水。急性肾炎（早期）可出现这类证候，这位病人也就属于这类。

脾受湿邪，不能正常运化；另一方面脾气内虚，同样可使水湿停滞，两者都可形成水肿。特点是全身浮肿、以下半身为重，身重，小便短少，或有腹胀、大便稀软或干结，舌苔白腻或黄腻或白滑，脉沉。从现代医学来看，这类水肿可包括许多病因，比较重。

肾虚主水不力，膀胱不能排水。表现为面目浮肿，腰以下更肿，按压后不易起，腰痛酸重，尿少，怕冷，肢冷，面色灰暗，舌体胖、色淡、苔白，脉细。这类水肿也包括现代医学的不少病因，表示病人衰弱，抗病力低下。

总之，祖国医学对水肿的辨证，也要详细了解水肿情况、伴有的症状，此外要了解舌象和脉象，然后分析应该从哪些脏腑着手治疗。

治疗

1．病因和诱因治疗：如有急性感染（表现发热），应用抗感染药或某些清热药，但不用磺胺类，以免损害肾。心力衰竭时应用强心药，使循环改善，利于消肿。加强营养，尤其对肝病水肿更为重要。盐在体内必定与水结合，所以水肿时应少用食盐，减少水存留的机会。尿少期间，应适当控制饮水量。

2．消肿单方：白茅根、玉米须、车前草、冬瓜皮、西瓜皮、益母草、陈葫芦壳等，任选一、二种，每用2两（干草、干皮用5～10钱）每日2次。

3．利尿药：双氢克尿塞、氯噻酮、山梨醇等。50%葡萄糖静注亦有利尿作用。利尿药和消肿单方有治标作用，减轻病人痛苦，也减轻心脏负担，但不能治本。

4．祖国医学治疗水肿，以肺、脾、肾三脏为主，根据不同病情，分别利用渗湿利水药和逐水药。渗湿利水药常用如车前子、茯苓、泽泻、木通、通草、赤小豆等。逐水药能通二便，用于严重水肿和腹水，如牵牛子、商陆、大戟等（大戟等有毒，注意药量）。有外感证

时宜解表宣肺，如麻黄、桂枝、生姜等。健脾化湿可用白朮、大枣、山药等。慢性水肿多有虚寒，宜温补，如用附子、干姜、熟地、山萸肉等。其他可对症用药。在这里举几个方剂，从中可以看出祖国医学治肿的基本方法。

(1)“越皮(婢)加朮湯”，即麻黄3钱、石膏6钱、生姜3钱、甘草1.5钱、白朮3钱、大枣4个，可治风水。

(2)“五皮饮”，即生姜皮3钱、茯苓皮8钱、陈皮1.5钱、桑白皮及大腹皮各4钱，可治皮水、下半身肿重并有胸满气喘等症。

(3)“五苓散”，即茯苓、白朮、泽泻各3钱，猪苓、桂枝各2钱，可治一般水湿。

(4)身重懈食，肢体浮肿，口不渴，大便不实，表示湿困脾阳，应温化理气健脾，可用厚朴、白朮、木香、木瓜、草果仁、大腹皮、附子、茯苓、干姜各2钱，炙甘草1钱，即“实脾饮”。

(5)浮肿，全身虚弱者，可用肾气丸。

5. 水肿还可行针灸。上身取曲池、列缺，下身取足三里、三阴交。肾炎时配以肾俞、膀胱俞。其余可对症取穴。

前面介绍的急性肾炎治疗：休息，避风寒。少吃盐食。先用白茅根、益母草或车前草等煎服。因有微热，应用中药方剂(1)，必要时可加大青叶5钱、竹叶5钱。如用西药，可选双氢克尿塞和青霉素。必须注意血压变化，因为急性肾炎可能引起严重的高血压脑病，必要时给予利血平等降压药。治疗要一直到消肿、血压恢复正常和尿无蛋白为止。

肾炎治疗用祖国医学疗法较好，因为西药治疗常常不能从根本上改变病人体质。

五、“赤脚医生”診疗实践小結

一九六九年十二月四日

近些天队里开展“医疗卫生网”活动，卫生员们劲头都很足，利用晚上休息时间学习。几天前发生的一件事，既教育了大家，也鞭策了大家。这几天大家学习的劲就更大了。这件事给我的教训极大。

在十一月二十九日晚，我们刚要学习咳喘病，老贫农张大爷家来

人，说张大爷病了，带领卫生员共同出诊，这是最好的实践机会。我们马上停止了学习，顶风冒雪，赶到张大爷家。

张大爷觉得有病已经5天了。但是因为队里忙着打场，他一直不愿歇工看病。今天发热起不了炕，才来告诉我们。这几天张大爷全身不舒服，不爱吃饭，一阵阵发烧、头晕、恶心，大便干燥，小便色深。检查病人体温摄氏38.7度，脉弦，每分钟120次；舌红，苔厚腻。心脏听诊正常，两肺有散在位置不定的干鸣音。肝、脾都不大，腹软无压痛。

这时有的卫生员就议论起来，有的说是感冒，有的说象肺炎，也有的说是气管炎合併感染。听了他们说的，我觉得都有点道理。但这时我又问了张大爷一句："您还觉得那儿不好受？"张大爷说："大腿根还生了一个小疙瘩。"我马上检查一看，见左大腿根部有一杏儿大的疙瘩，又红又热，压痛明显，还沒有波动。我又仔细检查了左下肢，见小腿有一创面还未封口，脓汁不多。我问张大爷这是怎么得的？他说："前几天套磙子碰破的，沒注意就化脓了。这几天都快好了，大腿根又起了疙瘩。"

他这么一说，大家的议论就停止了。我心里明白了张大爷的病，也很惭愧。他老人家为公忘私，得病照常工作，我为什么看病这样马虎大意呢？我告诉张大爷说病不要紧，治疗一下就能好。当场肌肉注射1支古列兰，用了2包金黄散调醋，敷在大腿根的疙瘩上，又回到合作医疗站按下方抓了一付药：双花4钱、公英3钱、地丁3钱、大黄1钱。交给张大爷家，叫分两次煎服。又把小腿的创面擦洗消毒、包扎。

回到合作医疗站，我们立即开了一个学习班，我带头检查了自己。并反复学习了毛主席的伟大教导："**马克思主义者看问题，不但要看到部分，而且要看到全体。**""**研究问题，忌带主观性、片面性和表面性。**"总结了这次教训就是看病马虎片面。肺炎、感冒、急性支气管炎合併感染和张大爷得的外伤感染、淋巴结炎，都能引起发烧、全身不适、食欲不振等。但每个病各有特征：肺炎会出现咳嗽、咯痰、胸痛等，肺部可听到湿罗音；支气管炎感染较重时应该有咳嗽、咯脓性痰，肺部可听到干湿罗音；感冒的诊断更不能轻易乱下，不然就会误了其他病症，感冒应该是发烧、头痛、鼻塞流涕、咽痛等表现，

最好能除外了其他热性病之后，再诊断感冒。

张大爷的病是由小腿外伤引起的。我们工作不细，张大爷腿碰破了也不知道。张大爷受伤后又不说，没有得到处理，造成局部化脓，并引起腹股沟部淋巴结炎，现在就是淋巴结炎阶段。如果再不及时治疗，可以形成淋巴结脓肿，还可能引起败血病，那就严重了。

卫生员们听我这样一讲，也都检查了自己。他们说："这次课上得好，使我们不仅练了为人民服务的本领，而且更炼了为人民服务的思想。"

那几天很冷。卫生员们一天几次跑去看望张大爷，给他换药、煎药。经过大家努力治疗护理，吃了 3 付中草药，不到 5 天张大爷的病就全好了。

事实深刻地教育了我：做一个让毛主席他老人家放心的"赤脚医生"，不仅要有为贫下中农服务的热情，还要认真学习毛主席的哲学著作，用毛主席的哲学思想指导医疗实践，看问题要全面，处理问题要认真。

六、診疗病例分析

东村王大娘于一九六九年八月十六日晨突然发病。医疗队李医生同"赤脚医生"小张共同到王大娘家，检查病人，所见如下：

主诉：腹痛 2 小时，伴有恶心、呕吐。

现病史：于当日做早饭时，开始出现心窝部疼痛，阵发性加剧，呈钻顶样疼痛。病后不到一小时，就翻身打滚，呻吟不止。呕吐一次，吐出物为胃内食物。自觉无发热，小便色深，大便正常。

过去史：无饭后反酸、嗳气等病史。4 年前曾发生一次腹痛，与本次相似，4～5天后治愈。

检查：病人表情痛苦，面有冷汗，四肢发凉。意识清楚。体温 37.2 度，血压 124/85 毫米汞柱。巩膜无黄染。舌苔黄厚。心听诊检查无异常发现，心率 100 次/分，两肺听诊有少许散在干罗音，肺肝界于右侧锁骨中线上第六肋间。腹平坦，软，上腹心窝部有明显限局性压痛，未触及肿物，未见反跳痛。肝脾均未触到。肠鸣音正常。脊柱四肢未见异常。

当时小张说，“痛得这样重，是不是先给点镇痛药？解除痛苦要紧。”李医生说：“我们是要给王大娘解除痛苦，但在没有完全明确诊断之前，不应该随便用镇痛药。尤其象吗啡、杜冷丁之类的强镇痛药更不要滥用，容易掩盖症状，耽误诊治。现在王大娘虽然腹痛很重，但腹部软，无肌紧张，无反跳痛，压痛又很限局，肠鸣音正常、说明目前还没有急性腹膜炎。我看可以先给针刺治疗一下。”于是他们给王大娘针刺了合谷、中脘、足三里穴，并做了耳针（交感、神门、胃三个穴）。针刺后，王大娘疼痛稳当了一些。李医生说：“急性腹痛病人应该注意观察变化情况。有时需要经过严密的观察，才能得出正确的诊断。”李医生与小张观察王大娘针刺后还有什么变化，并趁此机会，对王大娘的病进行分析。

引起急性腹痛的疾病很多，大致可分为三类：内科疾病、外科疾病、妇科疾病。我们在农村较多见的引起腹痛的内科疾病是：急性胃肠炎、胃十二指肠溃疡、肠蛔虫病，大叶性肺炎。最多见的引起腹痛的妇科疾病是：盆腔炎、宫外孕、卵巢囊肿蒂扭转。引起腹痛较多的还是外科病，如阑尾炎、胆囊炎、胃十二指肠溃疡穿孔、胰腺炎、肠梗阻、胆道蛔虫病等。腹痛疾病有一部分表现明显发热，如大叶性肺炎、急性胃肠炎、盆腔炎等。王大娘未见发热，所以基本上能除外这一类病。还有一部分表现急性腹膜炎征象的，如胃十二指肠溃疡穿孔、胰腺炎、宫外孕、胆囊炎等。这些病的早期可能腹膜炎不明显，但还有其他特征，如胃十二指肠溃疡穿孔，过去有胃病史；胰腺炎，多数有暴饮暴食的情况，且疼痛偏左上腹，向左肩、腰部放散；宫外孕，有停经病史，病人表现内出血征象；胆囊炎，可能在右上腹有腹膜刺激征或摸到肿大的胆囊等。现在看来，王大娘没有上述的征象，所以可以基本除外这一类病。这样，王大娘得的病可能性大的是：胃十二指肠溃疡，胆道蛔虫病和肠蛔虫病，或阑尾炎、肠梗阻的早期。胃十二指肠溃疡应该有胃病史，而且反复发作，规律性很强。肠梗阻呕吐重，没有大便，不放屁。阑尾炎早期能表现为上腹心窝部疼痛，但很少这样严重。

最后李医生考虑王大娘得的是胆道蛔虫病或肠蛔虫病。小张问：“胆道蛔虫病不是应该吐虫子吗？”李医生说：“不一定。吐蛔虫更能

帮助诊断，不吐蛔虫并不能否定诊断。胆道蛔虫病的临床诊断主要依据是上腹心窝部疼痛十分剧烈，好象有东西钻顶，但查体多无显著改变。一般说，肠蛔虫病的疼痛不象这样严重。”小张说：“那我看王大娘得的就是胆道蛔虫病。”

初步诊断之后，他们到屋外采了把萹蓄草，洗净，叫王大爷放在二两米醋里熬熬，再把萹蓄捞出，让病人趁热把醋喝下。这时王大娘的腹痛就好些了。当晚上他们再来看王大娘时，发现上腹阵发性疼痛是好多了，可是心窝部变成了持续性闷痛，用手按时痛的更重。局部肌肉也有些紧张。其他部位还好。测体温 38.4 度，舌苔同前，脉弦数。尿色深。这时小张对李医生说：“胆道蛔虫病就怕合併感染，那就不容易一下治好。现在病人发热，局部疼痛不退，就说明已经有胆道感染的征象，应该赶快抓紧治疗。”李医生说：“你想的很对！可以按消炎驱虫的原则用点中草药治疗。”小张开了下述的药方：土黄连 4 钱、槟片 4 钱、苦楝皮 3 钱、大黄 1.5 钱。并按此给王大娘服了药。

第二天早上小张去王大娘家，见王大娘已经坐起来了。说清早大便一次，拉出 4～5 条蛔虫。检查病人，热退了，局部压痛和肌紧张都明显减轻。又按上方用药一天。第三天王大娘的病全好了。前后共拉出虫子 20 多条。王大娘高兴地拉着小张的手说：“这病来的可真快，痛起来真要了命。4 年前得过一次，那时村里沒有医生，跑出十几里地去治病，花了三十多元，险些送了命。这回你们治的地道，好的也快。以后要是老不犯那就好了。”小张说：“这病都是因为肚子里有蛔虫才得的。今后咱们都应该注意吃生东西要洗干净。最好吃饭前洗手，免得把虫卵吃进肚子里。咱村的粪肥要管好，都应该普遍实行泥封堆肥，不仅能增加肥效，而且能把粪便里的虫卵杀死，这样，蛔虫病和一些传染病就会减少。对抓革命、促生产都有利。”

小张和李医生又按着毛主席“**要认真总结经验**”的教导，总结了这次治病过程，得出几点体会：(1) 看病要抓主要矛盾，治病要抓轻重缓急。许多疾病都引起急性腹痛，不应草率诊断、处理，有些病可以边治疗、边观察、边分析、边诊断。但应注意急性腹痛病人在未完全明确诊断之前，不应随便用镇痛药，尤其是镇痛效力很强的药。(2)

胆道蛔虫病在农村比较常见。越是这些常见病，在诊治上越要认真、细致，观察治疗越要全面。(3) 今后一定要更好地贯彻"预防为主"的方针，把预防工作做在头里，就能有效地防止蛔虫病和传染病的发生。

七、診疗經驗讲用

"赤脚医生"小李先介绍了一份病历：13天前（一九七〇年二月十六日），我出诊看了个1岁半的男孩，精神萎靡，面色红，口唇发绀；咳嗽，好象有痰咯不出来；呼吸快浅，喘气费劲。病儿妈妈告诉我：小孩已病了2天，开始是冻着了，后来就咳嗽，发烧，尿也少，色黄。我测了下体温，38.9℃，全身和手心手背都热，鼻翼搧动，有三凹征（吸气时肋间、锁骨上窝、心窝部凹陷）。舌红苔薄黄，脉快126次/分，食指腹面指纹紫色，在深层，已至手指的第二节（气关）。肺部听诊呼吸音减弱，在两侧后背下方近脊柱处可听到密集的小水泡音（湿罗音），还有散在的干罗音。腹部未见异常。刚检查完，病儿咳嗽了一阵，咯出少许比较粘稠的白痰。

根据毛主席关于抓主要矛盾的教导，分析病状，显然呼吸困难、咳嗽、咯痰这些是主症，都是呼吸系统的症状，我觉得呼吸系统疾病的可能性最大。

我想，要做出正确结论，必须善于科学地分析。呼吸困难是这个病儿的一个主要症状，引起小儿呼吸困难的原因很多，常见的有：(1)喉头、气管、支气管阻塞或因炎症分泌物阻塞；(2) 呼吸道痉挛，常见于百日咳、支气管哮喘；(3) 气胸、胸腔有液体压迫肺等。这个病儿属于第一种情况的后一种。由于伴有鼻翼搧动，使我想到可能是支气管肺炎。

分析几种常见的咳嗽：(1) 干咳，多因气管、支气管受刺激或粘痰附着在支气管上，常见于支气管肺炎初期、支气管炎、胸膜炎和百日咳初期；(2) 痰咳（痰多、咳嗽），常见于支气管炎后期、肺炎等；(3) 痉挛性阵咳，是百日咳的特点，阵阵短促咳嗽，接着是长吸气；(4) 嘶哑样或哮吼样咳嗽，多因喉部发炎，常见于喉炎和白喉。这个病儿属于第一种咳嗽。

咯痰在小儿，可有：(1) 少量痰，常见于支气管炎、支气管肺炎；(2) 多量稀薄的痰，常见于支气管炎后期；(3) 大量有臭味的脓痰，常见于肺化脓症、支气管扩张。这个病儿属于第一种的咯痰。

这个病儿最初是感冒，未经治疗，病情加重了，根据干咳，少痰，有阻塞性呼吸困难，伴有鼻翼搧动，有明显的全身症状，结合查体肺部有小水泡音，又发生在冬季，我诊断是小儿支气管肺炎。

根据病儿面色红，不是青白，有口唇发紫，精神萎靡，尿少色黄，手心手背均热，舌红苔薄白，指纹紫色，在深层已至气关等，属于祖国医学的肺热咳嗽。

小宋（"赤脚医生"）：要想弄清楚小儿肺炎为什么容易发生，必须弄明白小儿本身的生理、解剖的一些特点。小儿的免疫力较差，特别是在抵抗力降低时，如这个病儿先有上呼吸道感染，病菌常沿气管、支气管侵入到肺泡，引起肺炎。小儿的支气管管腔窄，粘膜柔软，富有血管，而肺泡数量又较少，所以发生炎症而充血时，容易引起呼吸困难。

常有鼻翼搧动，和发绀，是呼吸虽快但表浅，进氧量不够的原故。我同意小李的诊断。

小李：我给这个病儿治疗的原则是清肺热、止咳嗽，兼以化痰：桑皮、杏仁各1钱，枇杷叶2钱，芦根2钱，水煎服，同时每次加上2食匙的萝卜水，每日2次。同时用中成药小儿清肺散，每次半包，和汤药一起灌下。当天我还给他作了安乃近0.3毫升小剂量曲池穴位注射，并给病儿10%卤碱注射液10毫升加入5%葡萄糖液250毫升内头皮针静滴。第二天往诊时，病情明显好转，体温37.4℃，肺内水泡音减少，又改用新针疗法。取穴：曲池、肺热，用强刺激手法，并继续用上述中草药。第三天病儿已近痊愈，为巩固疗效，又接连作了新针疗法和给服上述中草药。第五天病儿痊愈了。这个病例给我的教育很大，不一定非用青霉素、链霉素才能治好肺炎，只要仔细观察分析病情变化，采取适当的新医疗法、中草药治疗一样很快治好小儿支气管肺炎。

小唐（“赤脚医生”）：我要向小李学习，学习他用分析的方法看病，更要学习他努力使中、西医结合。他重视看面色，看神气，看舌及舌苔，看指纹。因此作到了辨证施治，按照肺热咳嗽，治好了病。

老张（卫生院医生）：过去治疗肺炎，总是强调用抗菌素。小李这次采用新医疗法和中草药，不用一点抗菌素，同样治好了肺炎。小李这种“完全”、“彻底”为贫下中农服务的思想，精打细算为合作医疗减少开支和为国家节約物资的精神，值得我们好好学习。

八、診疗病例討論

红星大队“赤脚医生”刘江，最近抢救了一名惊厥病儿很成功，家属反映很好。公社卫生院组织各大队“赤脚医生”对这病例进行了讨论，对大家帮助很大，现将病例讨论情况介绍如下。

病历摘要

病儿男性，2岁。一九七〇年三月二十日就诊。

病儿两天前开始不爱玩，头痛，发热，好睡觉。就诊那天上午头痛加剧，伴有高热，且呕吐一次，吐出胃内食物。晚饭时两腿发直，翻眼，四肢发挺。急請医生就诊。

查体：体溫38.8度，病儿意识恍惚，呼吸急促，双眼紧闭。两侧瞳孔等大，项稍硬。心率120次/分，规律。咽粘膜轻度红肿，扁桃体不大。右耳前下方肿胀，边界不清，不红，触之较硬。右侧頜下淋巴结轻度肿大。肺部检查未见明显改变。腹部软，无肌紧张，未触到包块。屈髋试验弱阳性，划足底反射试验阴性。

討　　論

甲：病儿症状以惊厥为主。一般小儿惊厥分两类：有热惊厥，相当于祖国医学的急惊风，这和小儿的神经系统调节作用还沒有完备有关；无热惊厥，相当于祖国医学的慢惊风，常和缺鈣有关。病儿体溫38.8度，显然是属于急惊风。

急惊风临床又分两大类，一类是由顱内的炎症病变引起的，如流

脑、化脓性脑膜炎、脑炎等引起的抽风。表现特点是除有抽风外，伴有脑膜刺激征、颅内压增高征象（如呕吐，项强，屈髋试验阳性，囟门膨起等）。并且抽风反复发作，缓解后意识也不清楚。另一类是由颅外的疾病引起，如上呼吸道感染、肺炎、痢疾、麻疹、流行性腮腺炎等。这些病可直接由高热造成抽风；也有些由感染毒素的作用引起“中毒性脑病”，表现就比一般单纯高热造成的抽风重，可出现脑膜脑炎的征象。这个病儿发作缓解后意识仍不十分清楚，并有项强、呕吐。我看是由颅内炎症病变引起的，以流脑的可能性最大，季节也象。

乙：刘医生检查的很仔细。右耳前下方肿胀，这个改变，对诊断很有帮助。这个病儿虽有可能是流脑，但有几点不大符合：首先是全身检查未见有皮疹；另外附近沒有发现流脑发生；再一个就是诊断流脑，对右耳前下方的肿胀还要另作解释。我考虑，现在正是流行性腮腺炎的流行季节，结合病儿的体征及近几天就有发烧、头痛、好睡觉等改变，所以还是由流行性腮腺炎併发的脑膜脑炎引起的抽风。

丙：我同意是由流行性腮腺炎併发脑膜脑炎所致的抽风。流行性腮腺炎最常见的併发症有两个，一个是睾丸炎，一个是脑膜脑炎。一般来说后果都是比较好的。至于流行性乙型脑炎，可以否定，因为脑炎是在夏季流行的。

乙：請刘医生介绍一下他对这个病儿的治疗过程，对我们的讨论会有帮助。

刘江：我当时检查完病儿，想到的是急惊风。因为病情重，我就先作抗惊厥和降温处理，肌肉注射巴比妥钠 0.05 克，减轻抽风。把病儿的衣扣和裤带解开，头歪向一侧。头部放上冷毛巾。又针刺了大椎、曲池、风池等穴。还用了一支安乃近，一半肌肉注射，一半做点鼻用。经过这些处理后，病儿稳当了一些。父母叫他也能睜眼睛了。这时我想，病儿的抽风不象单纯由高热来的，可能与腮腺炎的病毒感染、併发脑膜脑炎有关。最根本的治疗还应该放在对流行性腮腺炎的治疗上。我就叫家里人拿来些土豆搗成泥，加上醋，调敷在右侧腮腺部。并回合作医疗站取了一剂中草药：板蓝根 4 钱、双花 2 钱、甘草 1 钱，分两次煎服。并取蜈蚣 1 条、全蝎 1 条研面，分包成 2 分董 1

包，嘱家里人如再抽风可吃1包。第二天病儿的抽风是好了，可是还有头痛、轻度项强，我又给静注50%葡萄糖40毫升。将中药改成下方：板蓝根4钱、双花2钱、葛根1钱、黄芩1钱、黄连5分，一共连用了3付，病儿就逐渐的好了，腮腺的肿胀也渐渐消了。10天以后，就完全好了，没留下任何后遗症。

甲：刘医生的全部治疗过程还是很合适的。从整个的病情变化看，还是符合流行性腮腺炎併发脑膜脑炎。流脑的治愈过程是不会这样的。今天的病例讨论对我的帮助很大。我们要从实际出发，土法上马，耐心细致的对每一个病人进行诊治。当然，我们更要贯彻“**预防为主**”的方针。象流行性腮腺炎这样的病，就要很好进行宣传，做到病儿隔离，不和健康小儿接触。发现后早治，不要认为“肿痄腮”是小病。这个小孩的经过不就是很好的教训吗！

刘江：这个小孩的治病过程对我教育也很大，本来已得病两三天了，而我还不知道。没有及时给予治疗，结果出现了併发症，这是我的责任。看起来还要加强“医疗卫生网”活动，充分发挥小队卫生员的作用。在医疗卫生工作上，只有打一场人民战争，才能全面贯彻毛主席“**预防为主**”的指示，彻底改变农村的卫生面貌。

九、一次診疗經驗交流会

老王（卫生院革命领导小组组长）：今天，“赤脚医生”都来了，青山队的小陈最近在抢救周秀兰的过程中，表现突出。周秀兰的爱人老宋和我谈了整个经过。我听了很受教育。好人好事就要表扬。现在先让他自己谈谈。

小陈：我这次在抢救宋大嫂的过程中，做了我应该做的。事后检查起来，还有不少缺点。经过是这样的：八月二日那天晌午，宋大哥来找我，说宋大嫂下身不一会功夫出了不少血，让我快去抢救。我放下碗筷，揹上急救药包就去了。

一路小跑，一路想：子宫出血的病可不少，我学过的就有月经不调、崩漏、流产、葡萄胎、子宫颈癌、前置胎盘、胎盘早剥、产后出血。宋大嫂是今年二月生的第二个孩子，还是我给接的生，现在孩子才6个月。肯定不是产后出血。胎盘早剥、前置胎盘多发生在妊娠7

个月以后。子宫颈癌多见于40岁以上，她今年才29岁，可能性太小了。恐怕就是前四种情况了。我问宋大哥，知道产后月经一直沒来过，一个月前闹过"小病"(妊娠反应)，两天前一阵一阵的小肚子痛，沒有治，昨天就见血了。我心想，最大可能是不全流产。

这时也就到了大嫂家。只见一屋子人，脸色都很紧张。我上炕一看，宋大嫂面色苍白，呼吸很快。她说，头迷糊得厉害。脉搏又快又弱。揭开被一看，出血量很多，估计有3大碗（900毫升左右)。并发现有肉样物，但沒有看到葡萄粒样的东西。诊断不全流产是沒有问题了。

我告诉他们，快去取前几天采来的灰麦，拿1两水煎，加点锅底灰冲喝。并請宋大哥用手拳压住她的下腹部跳动的地方。加点力，这样可压住腹主动脉，减少流血。我自己立即把宋大嫂的枕头去掉，垫高臀部。用1:1000来苏儿水擦洗外阴后，戴上消毒手套，摸清子宫颈口已开大一指多，有一块肉样物堵在那里。就用食指伸进宫腔，将整个肉样物取出来。出血很快就少了。立即给她肌注麦角新硷0.4毫克，又静注50%葡萄糖100毫升加入垂体后叶素10单位，然后又静脉注射了100毫升50%葡萄糖。她喝下灰麦锅底灰水和红糖水，面色开始好转，脉也有点力量了。"这时阴道已无明显出血。我告诉她说，亏血还要补养，多吃些菠菜、鸡蛋，再吃些中草药：当归2钱、黄芪1两、桑果8钱、生姜5片、羊肉4两，煮后去药渣连肉带湯服，每日1剂。

病人安稳后，屋里的人都开了腔。有的人说，"小陈你来时，我还想说这病来的这么凶，送卫生院保险，谁想这么快就好了"。张大叔激动地说："我那位老伴，26年前也是得这么个病，眼看着流血流死的。如今毛主席他老人家真是关心我们贫下中农，不出队，沒用一个钟头，病人救过来了。"听了这些话，我就说："要不是毛主席，共产党，我也不能当上'赤脚医生'。我家解放前房无一间，地无一垅，想上学那不是做梦吆！我今后一定更好地为全大队贫下中农服务，做到'完全'、'彻底'，技术上要努力钻研，'精益求精'"。

老王：伟大领袖毛主席教导我们："**分析的方法就是辩証的方法。**""**不能把过程中所有的矛盾平均看待，必须把它们区别为主要的和次**

要的两类，着重于捉住主要的矛盾”。小陈在抢救周秀兰时，用毛主席的光辉哲学思想指导了整个抢救过程。对待病的诊断，采取了分析的方法，抓住主要特点，准确地诊断了不全流产。在治疗上，他能从病人的具体情况出发，解决主要矛盾和次要矛盾的关系。他抓住了子宫出血这个主要矛盾，只有使子宫不再出血，其他问题才能迎刃而解。病人已出现休克，但他沒有单纯先去注射升压药，因为血压一高上来，出血会更多。而是在解决了子宫出血这一主要矛盾之后，转过来想方设法在可能的条件下提高血压，因为止血后，血压低就是主要矛盾了。子宫出血的矛盾就是这样一个一个解决，终于使病人转危为安。

老宋：说的对啊！小陈听毛主席的话，照他老人家的指示办事，真是我们的好“赤脚医生”。我一定要狠抓革命，猛促生产。这件事给我很大教育。“**预防为主**”最重要。小病不能拖，我在两天前就知道她小肚子痛，昨天见了血之后，她告诉我时，我还说：“沒事”，谁知差点悞了大事。今后要主动作宣传，有病要早治。

十、向阳大队产前检查經驗总結

时间：一九七〇年十月二十日。

地点：某公社向阳大队队部。

参加人员：向阳、曙光、朝阳大队“赤脚医生”，向阳各小队接生员和妇女代表。

会议主持人向阳大队**老队长**：咱们大队两位“赤脚医生”和六位接生员，遵照毛主席“**预防为主**”的伟大教导，认真做好孕期检查，使咱队两年来的32个孩子出生，沒发生意外，母子平安、健康，使男劳力能够集中精力，搞好革命和生产。今天开个会总结一下。我们請来了曙光、朝阳的医生，欢迎你们听了多给我们提出宝贵意见。

张大嫂（贫农）：我去年八月怀孕了，这是第二个。小王（指向阳大队“赤脚医生”）从我怀孕7个月时，就二十来天到我家一趟，为我做产前检查，到8个月时，发现胎位不正，是立生，他们叫臀位。让我每天趴两次，每次一袋烟的功夫。（**小王**：就是胸膝位）并且用艾卷熏脚趾头。（**小王**：艾灸至阴穴）5天后就转过来了。直到生时都很顺利。可在7年前，我生头一个就是立生，可困难啦！小孩的头下

不来。等找来卫生院医生时，小孩硬是憋死了，这一比，产前检查就是有用。

钱老奶奶（贫农）：我原不信什么检查，还说过：这是没事找事，要顺生，不能立生；要立生也顺不了。横生是该倒霉。我就不让儿媳妇作检查。可是咱队的小张（指向阳大队另一位“赤脚医生”）觉悟高，全心全意，一天一趟，总跟我说道理。后来给我儿媳妇一查，知道是横生。我一听可就慌了。28年前我的第四胎就是横生。可惨了，小孩扔了，我还差点送了命。这次我儿媳妇也象张大娘妇说的那些法子。还用了中药，说能转胎，算灵验，生时很顺利。这事也使我这老脑筋开了窍。

王大婶（下中农）：旧社会使我的孩子接二连三死了3个。解放后又生2个，都活了。这次怀孕8个月时，小王、小张发现我血压高了，说是什么中毒。（**小张**：妊娠中毒症）我还没觉得怎么不舒服，就是腿肿的厉害。她们在我家给我检查尿，用小瓶装点尿，煮开了加点醋，尿不清了，说里面有蛋白。给我吃了几付中药。（**小王**：蜜炙白术3钱、茯苓皮2钱、生姜皮2钱、腹皮2钱、陈皮2钱）还叫我少吃盐，吃了点什么药片。（**小王**：镇静药）可算管事，腿肿很快消了。小王她们还对我说，这病发展下去能抽风。我记得咱李队长的老伴，在解放前就是抽风死的。（**李队长**：别提那些了，那是在万恶的旧社会！）

“赤脚医生”**小王**：做好孕期检查，确实可以减少横位、臀位和妊娠中毒症的发生。我和小张尝到了卫生工作要“**预防为主**”的甜头。取得一点点成绩，最最主要的是按照毛主席他老人家的教导办事，再就是咱队领导重视和广大贫下中农都支持。

曙光大队“赤脚医生”**大王**：我今天受了很大的教育。我没有象小王、小张那样，我的孕期检查工作开展得不好。3天前还接了个臀位。社员和我都急坏了。好不容易才接下来，可是小孩又不喘气。我用口对口把羊水吸出来，打了半支可拉明，又做人工呼吸，抢救了好一会，才把孩子救活了。家属还说我为人民服务的精神好，称赞我。今天听了几位大娘大婶的话，小王的话虽然不多，却使我找到了我们大队卫生工作的差距。正象平常说的：“防重于治”。假死的小孩再救活，总不如不发生新生儿假死。都是顺产多好。我们“**预防为主**”做得不好，是个

要害，我决心向小王、小张学习，回大队认真开展孕期检查这项工作。

老队长：今天开会时间不长，内容生动丰富，思想性很强。有新旧社会对比，(**大王**：还有向阳、曙光的对比）有自我检查的精神。小王、小张听毛主席的话，贯彻"**预防为主**"，把做思想工作放在第一位，用自己的实际行动打开了局面。我奶奶今天也检查自己脑瓜里的旧思想，这都很好。(**小王**：我觉得，领导抓和不抓，抓紧和不抓紧大不一样)今后领导一定大力支持你们！

附录一、常用化験正常值及临床意义

血化验

化験項目	正常值	临床意义
血紅蛋白（血紅素）	男 12～16 克％ 女 11～15 克％	增高見于血液浓縮（脫水时），或缺氧（高原、先天性心脏病、一氧化碳中毒等）。 减低見于各种原因的貧血
紅細胞	男 450～600万/立方毫米 女 420～540万/立方毫米 儿童 400～500万/立方毫米	增高見于脫水、慢性一氧化碳中毒等。 减低見于各种貧血
白細胞	成人 5000～10000，平均7000/立方毫米	增高：生理性：新生儿，妊娠末期，分娩期，睡前、飯后，剧烈运动后。病理性：急性感染，中毒，严重烧伤，急性出血等。 减低：病毒感染，伤寒，疟疾，用药（磺胺、匹拉米洞等）
嗜中性白細胞	占 50～70％	增高見于急性細菌感染、尿毒症、急性出血。 减低見于伤寒、波状热、病毒感染等
嗜酸性白細胞	占 0.5～3％	增高見于变态反应性疾病、鉤虫病、蛔虫病等
淋巴細胞	占 20～30％	增高見于百日咳、結核、传染性肝炎、麻疹、风疹、流行性腮腺炎。正常婴、幼儿多偏高
紅細胞沉降率（血沉）	男 0～15 女 0～20/1小时	生理性增快：月經期，妊娠4个月至产后1个月，老年人。 病理性增快：結核病（活动期），风湿病，急性传染病等

续表

化验项目	正常值	临床意义
血小板	男 10～23万/立方毫米 女 14～25万/立方毫米	减少見于某些紫癜、中毒
麝香草酚浊度試驗	6 单位以下	增高見于传染性肝炎、肝硬变、风湿病等
硫酸鋅浊度試驗	2～12 单位	增高見于传染性肝炎、肝硬变等
黃疸指数	4～6 单位	7～15单位时为隐性黄疸，即皮肤、巩膜不見黃。15 单位以上可見于黄疸性肝炎、新生儿黃疸等

尿化验

化驗項目	正常值	临床意义
蛋白	阴性（无）	阳性見于腎炎、腎盂腎炎、腎結核、尿路感染及腎受損害时
糖	阴性（无）	阳性見于糖尿病、慢性肝病等
鏡下所見	少許白細胞 少許上皮細胞（女性多些） 无管型 无紅細胞	白細胞增多見于泌尿系統炎症及出血等。 紅細胞出現、增多見于腎脏疾病等。 上皮細胞增多見于腎小管有病时。 管型（有透明管型、顆粒管型等）見于腎脏疾病

二、24种常用静脉滴注药物配伍禁忌表

生理盐水																							
5%葡萄糖溶液	—																						
5%葡萄糖盐水	—	—																					
林格氏溶液	—	—	—																				
2单位/毫升促肾上腺皮质激素	+	—	±	+																			
0.1%～1毫升去甲肾上腺素	—	—	—	—	—																		
4万单位/毫升青霉素（钠盐）	—	—	—	—	+	±△																	
0.25%～1毫升氯霉素	—	—	—	—	—	—	—																
0.8%～1毫升盐酸金霉素	—	—	—	—	—	—	+	—															
1%～1毫升①金霉素溶于0.9%甘氨酸钠	—	—	—	+	+	−①	—	—	—														
1.25%～1毫升盐酸四环素	—	—	—	—	—	—	+	—	—	+													
1.25%～1毫升盐酸土霉素	—	—	—	—	—	—	+	—	—	+	—												
12.5%～1毫升维生素丙	—	—	—	—	+	—	—	—	+△1	+	+△1	+△1											
2.5%～1毫升氨茶碱	—	—	—	—	+	−①	—	—	−①	−①	+△1	+△1	−①										
0.5%～1毫升氢化可的松	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—									
1毫升谷氨酸钾(31%)或谷氨酸钠(28.75%)	—	—	—	—	+	−①②	—	—	+△1	+	+△1	+△1	—	—	+△4								
11.2%～1毫升乳酸钠	—	—	—	—	+	—	—	—	+△1	+	+△1	+△1	—	—	+△4	—							
10%～1毫升氯化钾	—	—	—	—	+	—	—	—	—	−①	—	—	—	—	+△4	—	—						
10%～1毫升葡萄糖酸钙	—	—	—	—	±	—	—	—	—	+	±△1	±△1	—	—	+△4	—	—	—					
2%～1毫升盐酸普鲁卡因	—	—	—	—	±	—	+	—	—	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
5%～1毫升杜冷丁	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—	+	—	+	—	—	—	—			
2.5%～1毫升盐酸氯丙嗪	—	—	—	—	—	—	+	—	—	+	—	—	—	+	—	+	—	+△3	—	—	—		
2.5%～1毫升非那根	—	—	—	—	—	—	+	—	—	+	—	—	—	+	—	+	—	—	—	—	—	—	
0.3%～1毫升洛贝林	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—	+	—	+	—	—	—	—	—	—	—

表中符号代表纵横两种药物配伍后的结果

注：[＋]表示溶液混浊有禁忌。
[±]表示某些条件下可能产生混浊。
[－]表示溶液澄清无禁忌。
[－○]表示溶液澄清但有其他禁忌。
①效价减低
②有变色可能
[＋△]表示有混浊，但有克服的可能。
△1四环素类如预先稀释至每0.5毫克/毫升左右，再与其他注射液配伍。
△2先将氯化钾注射液予先稀释后再混合。
△3可将二种注射液预先分别稀释于输液中再混合。
△4氢化可的松注射液如预先稀释至0.5毫克/毫升左右，可与其他注射液配伍。

[General Information]
书名=“赤脚医生”培训教材　（供北方地区培训参考使用）
作者=
页数=653
SS号=0
出版日期=
Vss号=61175847